



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

Exclusión farmacéutica: un análisis criminológico sobre el caso de la hepatitis C en Galicia

Jon Gómez Garmendia



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat de Dret

Programa de Doctorado en Derecho y Ciencia Política
Línea de investigación: Criminología y Sociología Jurídico-Penal

LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA: UN ANÁLISIS CRIMINOLÓGICO SOBRE EL CASO DE LA HEPATITIS C EN GALICIA

Directores/as:

Dr. Antonio Madrid Pérez

Dr. Héctor Claudio Silveira Gorski

Tutor/a:

Dr. José Ignacio Rivera Beiras

JON GÓMEZ GARMENDIA
BARCELONA, 2021

RESUMEN

Con la pandemia de la COVID-19 la cuestión del Derecho al Acceso a Medicamentos Esenciales (DAME) ha adquirido protagonismo. Un asunto que, sobre todo, se ha convertido en objeto de debate con la inequidad mundial en la accesibilidad a las vacunas o la no suspensión de las patentes que las protegen. No obstante, este trabajo fue iniciado antes de la pandemia y refleja, en parte, que el problema ya venía de antes. Así, esta investigación tuvo como objeto uno de los problemas relativos a la no garantía del DAME: la exclusión farmacéutica. Un proceso amplio y multidimensional que implica barreras en el acceso a medicamentos y es, en parte, el resultado de la acción u omisión de entidades e instituciones que tienen responsabilidades en la garantía del DAME. La finalidad del trabajo consistió en conocer y profundizar cómo se produce este daño. Una tarea que, para ello, tuvo como objeto de estudio los sucesos acontecidos en Galicia en torno al no acceso al Sovaldi de las personas afectadas por hepatitis C y la lucha realizada por la *Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C* (PGAHC). Unas historias y experiencias que a través de las entrevistas reflejaron que desde el punto de vista criminológico podríamos decir que nos encontramos ante una injusticia o violencia estructural y que el deterioro del sistema sanitario (incluidos los recortes del gasto público) y la situación de monopolio de la Industria Farmacéutica (sobre todo, para fijar los precios de los medicamentos) fomentan este tipo de problemas. Unos problemas que, en definitiva, son un reflejo más del conflicto que existe entre el capital y la vida y dejan constancia sobre la necesidad de ampliar los campos de estudio de la criminología, la importancia de mirar desde la sostenibilidad a la vida y el necesario espíritu crítico sobre el presente y el futuro en relación con el DAME y las consecuencias que traerá la pandemia.

ABSTRACT

With the COVID-19 pandemic, the issue of the Right of Access to Essential Medicines (RAME) has gained prominence. An issue that, above all, has become the subject of debate with the global inequity in accessibility to vaccines or the failure to suspend the patents that protect them. However, this work was initiated before the pandemic and reflects, in part, that the problem already existed before. Thus, this research focused on one of the problems related to the non-guarantee of the RAME: pharmaceutical exclusion. A broad and multidimensional process that involves barriers to access to medicines and is, in part, the result of the action or omission of entities and institutions that have responsibilities in guaranteeing the RAME. The purpose of the study was to learn more about how this harm occurs. A task that, for this purpose, had as an object of study the events that took place in Galicia regarding the non-access to Sovaldi for people affected by hepatitis C and the struggle carried out by the *Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C* (PGAHC). Some stories and experiences that through the interviews reflected that from a criminological point of view we could say that we are facing a structural injustice or violence and that the deterioration of the health system (including cuts in public spending) and the monopoly situation of the pharmaceutical industry (specially to set the prices of medicines) encourage such problems. Problems that, in short, reflect the conflict between capital and life and leave evidence of the need to expand the fields of study of criminology, the importance of looking from sustainability to life and the necessary critical spirit about the present and the future in relation to the DAME and the consequences that the pandemic will bring.

RESUM

Amb la pandèmia de la COVID-19 la qüestió del Dret a l'Accés a Medicaments Essencials (DAME) ha adquirit protagonisme. Un assumpte que, sobretot, s'ha convertit amb objecte de debat amb la iniquitat mundial en l'accessibilitat a les vacunes o la no suspensió de les patents que les protegeixen. Tanmateix, aquest treball va ser iniciat abans de la pandèmia i reflexa, en part, que el problema ja venia d'abans. Així, aquesta investigació va tenir com objecte un dels problemes relatius a la no garantia del DAME: l'exclusió farmacèutica. Un procés ampli i multidimensional que implica barreres en l'accés a medicaments i és, en part, el resultat de l'acció o omissió d'entitats i institucions que tenen responsabilitats en la garantia del DAME. La finalitat d'aquest treball va consistir a conèixer i profunditzar com es produeix aquest dany. Una tasca que va tenir com objecte d'estudi els successos que van tenir lloc a Galícia amb relació al no accés de Sovaldi a les persones afectades per l'hepatitis C i la lluita realitzada per la *Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C* (PGAHC). Unes històries i experiències que, a través de les entrevistes, reflectiren que des de el punt de vista criminològic podríem dir que ens trobem davant d'una injustícia o violència estructural i que el deteriorament del sistema sanitari (incloses les retallades de la despesa pública) i la solució del monopoli de la Indústria farmacèutica (sobretot per fixar els preus dels medicaments) fomenten aquests tipus de problemes. Uns problemes que, en definitiva, són un reflex més del conflicte que existeix entre el capital i la vida i deixen constància sobre la necessitat d'ampliar els camps d'estudi de la criminologia, la importància de mirar des de la sostenibilitat a la vida i la necessitat d'un esperit crític sobre el present i el futur en relació amb el DAME i les conseqüències que esdevindran arran de la pandèmia.

RESUMO

Coa pandemia da COVID-19 gañou protagonismo a cuestión do Dereito ao Acceso a Medicamentos Esenciais (DAME). Unha cuestión que, sobre todo, converteuse en obxecto de debate coa desigualdade mundial na accesibilidade das vacinas ou a non suspensión das patentes que as protexen. Non obstante, este traballo iniciouse antes da pandemia e reflicte, en parte, que o problema xa viña de antes. Así, esta investigación tivo como obxecto un dos problemas relacionados coa non garantía do DAME: a exclusión farmacéutica. Un proceso amplo e multidimensional que implica barreiras no acceso a medicamentos e é, en parte, o resultado da acción ou omisión de entidades e institucións que teñen responsabilidades en garantir o DAME. A finalidade do traballo consistiu en coñecer e afondar en como se producen estes danos. Unha tarefa que, para iso, tivo como obxecto de estudo os sucesos acontecidos en Galicia arredor da falta de acceso ao Sovaldi por parte das persoas afectadas pola hepatitis C e a loita levada a cabo pola *Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C* (PGAHC). Unhas historias e experiencias que a través das entrevistas reflectiron que desde o punto de vista criminolóxico poderíamos dicir que estamos ante unha inxustiza ou violencia estrutural e que o deterioro do sistema sanitario (incluídos os recortes no gasto público) e a situación de monopolio da Industria Farmacéutica (sobre todo, para fixar os prezos dos medicamentos) promove este tipo de problemas. Uns problemas que, en definitiva, son un reflexo máis do conflito que existe entre o capital e a vida e amosan a necesidade de ampliar os campos de estudo da criminoloxía, a importancia de mirar desde a sostibilidade á vida e o necesario espírito crítico sobre o presente e o futuro en relación co DAME e as consecuencias que traerá a pandemia.

LABURPERNA

COVID-19 pandemiarekin Oinarrizko Sendagaiak Eskuratzeko Eskubidearen (OSEE) auziak protagonismoa hartu du. Gai hori eztabaidagai bihurtu da, batez ere, mundu mailan txertoekiko dagoen eskuragarritasun urria eta horiek babesten dituzten patenteen etete eza dela eta. Hala ere, pandemia baino lehen hasi zen lan honek, neurri batean, arazoa lehenagotik zetorrela islatzen du. Hala, ikerketa honen aztergaia OSEEn berme ezari buruzko arazoetako bat izan zen: bazterketa farmazeutikoa. Prozesu zabal eta multidimentsional bat, sendagaiak eskuratzeko oztopoak dakartzana eta, neurri batean, OSEEn bermean erantzukizunak dituzten erakunde eta instituzioen ekintzaren edo omisioaren emaitza dena. Honela, lanaren helburua kaltea nola gertatzen den ezagutzea eta sakontzea izan zen. Horretarako, Galizian C hepatitisak jotako pertsonen Sovaldia eskuragarri ez izateari eta *Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C-ek* (PGAHC) egindako borrokari buruz gertatutakoak aztertu ziren. Elkarrizketen bidez, historia eta esperientzia horiek ikuspegi kriminologikotik injustizia edo egiturazko indarkeria baten aurrean gaudela eta osasun-sistemaren narriadurak (gastu publikoaren murrizketak barne) eta farmazia-industriaren monopolio egoerak (batez ere, botiken prezioak finkatzeko) horrelako arazoak sustatzen dituztela erakutsi zuten. Azken batean, arazo horiek kapitalaren eta bizitzaren artean dagoen gatazkaren beste isla bat dira, eta agerian uzten dute kriminologiaren azterketa-eremuak zabaltzeko beharra, iraunkortasunetik bizitzara begiratzearen garrantzia eta OSEE delakoari eta pandemiak ekarriko dituen ondorioei dagokionez, orainari eta etorkizunari buruzko espiritu kritikoa sustatzeko beharra.

AGRADECIMIENTOS

Tal y como lo hacía en su apartado de agradecimientos una monografía que forma parte de la densa bibliografía utilizada en esta investigación (Sánchez Bayle, 2015, pp.13-14), este trabajo proviene de lo aprendido de una larga lista de esfuerzos realizada por muchas y muchos predecesores y, probablemente, puede que tenga influencia en aquellas y aquellos que nos sucedan.

Por este motivo, esta tesis no hubiese sido posible, en primer lugar, sin la lucha y las movilizaciones que se han realizado para garantizar la garantía del acceso a los medicamentos esenciales. Sobre todo en el contexto de la pandemia del VIH/SIDA a finales del siglo XX y principios del XXI con el papel representativo del *Treatment Action Campaign* o la posición de países como Brasil, India y Sudáfrica.

Respecto a ello, también resulta relevante el papel de la OMS, en especial, los análisis realizados por el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales (PAME) o los informes del Relator Especial centrado en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Una tarea que coincide con la denuncia que otros organismos o plataformas como Salud por derecho, Médicos del Mundo, Médicos Sin Fronteras, No gracias, la Asociación Acceso Justo al Medicamento, Farmamundi o la PLAFHC realizan en torno a la protección de la propiedad intelectual de las patentes y sus consecuencias.

Figuras que, a su vez, también tienen relación con la garantía del derecho a la salud (o la protección de la salud) donde es necesario gratificarse de la evolución que ha tenido la gestión sanitaria hacia la prestación universal, gratuita y equitativa. Sin embargo, frente a los constantes ataques y deterioros del sistema público, todavía queda mucho por hacer y denunciar. Por ello es necesario reconocer la labor que realizaron y realizan en este aspecto las Mareas Blancas, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), CAS Madrid, la *Asociación Galega para Defensa da Sanidade Pública*, los sindicatos o las asambleas de barrio.

En este sentido, como criminólogo, este análisis crítico no hubiese sido posible sin las figuras de Young, Taylor, Walton, Melossi, Pavarini, Baratta o Hulsman. Aunque tienen especial relevancia, reconociendo el papel latinoamericano, Juan Bustos Ramírez, Rosa del Olmo, Lolita Aniyar de Castro o Roberto Bergalli. Por ejemplo, sin este último, lo que se conoce hoy como el *Máster en Criminología, Política Criminal y Sociología Jurídico-penal* no hubiese existido. Un espacio importante para mí carrera académica y vida personal donde es necesario felicitar a todo su marco docente por las enseñanzas recibidas.

Dicho lo cual, merecen una mención todas las personas que se involucraron en algún momento con este trabajo y/o con quien escribe estas palabras. En primer lugar, hay que agradecer la involucración y acogida recibida por parte de las personas que forman la *Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C* (PGAHC). Sé que no fue fácil para muchas y muchos volver a recordar experiencias y sufrimientos pasados, por ello agradecemos su compartir a Xulia, Quique, Concha, Isa (y Pacheco), Manuela, José Ramón, Eugenio, Julia (y Alba), Agustín, Elena, Pepe (y María), José Manuel, M.^a Fernanda, Jesús Ángel, Olga, Raúl, Rosa, Sole, Manoel y Eleuterio.

Un reconocimiento que extendemos también a Manuel Martín García (presidente de la FADSP y portavoz de la Plataforma SOS defensa de la Sanidad Pública de Galicia) y M.^a Luisa Lores Aguín (adjunta de radiología en el Hospital de Pontevedra y miembro de la *Asociación Galega para Defensa da Sanidade Pública*) por su activismo a favor de un sistema sanitario público y su involucración en contextualizar el objeto de estudio en el territorio gallego.

Sin olvidarme, faltaría más, de la disponibilidad dada por la *Universidade de Santiago de Compostela* en mi estancia en Santiago de Compostela durante el trabajo de campo para acceder al fondo bibliográfico de su Biblioteca Universitaria en calidad de investigador externo.

Por otro lado, hay que dar las gracias a los directores de este intenso camino doctoral. Desde la invitación a formar parte en la dirección de este proyecto hasta la conclusión de este, tanto Antonio Madrid Pérez como Héctor C. Silveira Gorski se han involucrado en este proceso pese a tener en su recta final los condicionantes de la pandemia de la COVID-19 y la limitación de no habernos podido ver cara a cara.

Asimismo, y no por ello menos importante, es necesario que en estas líneas se reconozca el apoyo dado por la familia. Tanto mi *ama* (Danele) como mi *aita* (Pedro) han tenido un papel importante en cuanto han “financiado”, por decirlo de alguna manera, este camino en mi carrera académica. Tras una involucración casi diaria en este proyecto, resulta imprescindible reconocer su papel, su apoyo y su cuidado (pese a no compartir y discutir en múltiples ocasiones la decisión de optar por este camino).

En este sentido, también se agradece la compañía de mi hermana Maite para desconectar de las largas horas frente al monitor y las hojas de papel. Algo que ha servido para mi salud mental junto a la siempre acogedora compañía de nuestros pequeños perros, Lena y Lur, que nos regalaron en marzo de 2021 otros tres seres (Lagun, Goxo y Adi) que llenaron de felicidad este contexto pandémico.

La cuadrilla (algo muy nuestro) también ha sido importante. Por ello, citando los nombres de cada uno (David, Eneko, Javi, Julen, Iker, Iñaki, Oier, Oihan, Peru, Unai) les agradezco la compañía y los momentos de charla, ocio y humor.

Para finalizar, no me olvido de todas aquellas personas que revisaron el borrador de este texto, se comprometieron a leerlo durante sus vacaciones de verano o con los que establecí una gran amistad. Tengo una especial gratitud con Fernando Lamata, Alejandro Forero, Iñaki Rivera Beiras, Veronica Fanelli, Alina Trushina, Gustavo Castellari, Fátima Robou, Julián Aristimuño, Paz Álvarez, Juan Aldaz, Gabriela René Rodríguez Fernández, Montserrat Carbonell Esteller, Alba Pedrola, Belén Masola, María José Masís y Fernando Sande.

Eskerrik asko, bihotz-bihotzez!

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	13
ÍNDICE DE TABLAS, IMÁGENES Y FIGURAS	17
INTRODUCCIÓN	21
PARTE I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA COMO EXPRESIÓN Y CAUSA DE DESIGUALDADES	
Capítulo 1. El DAME: delimitación histórica y jurídico-política del objeto de estudio	31
1.1. La reciente articulación del derecho a la salud	32
1.1.1. <i>La salud en los primeros pueblos</i>	33
1.1.2. <i>Las pandemias medievales y sus primeras respuestas</i>	35
1.1.3. <i>La medicina social de los siglos XVIII-XIX</i>	37
1.1.4. <i>La expansión internacional en el siglo XX</i>	46
1.1.5. <i>El derecho a la salud en la Constitución Española</i>	48
1.1.6. <i>El derecho a la salud en el derecho comunitario e internacional</i>	51
1.2. La evolución del reconocimiento del DAME	
1.2.1. <i>La importancia de la noción de “medicamentos esenciales” en la labor reguladora y propositiva de la OMS</i>	55
1.2.2. <i>Reconocimiento español del acceso a medicamentos de uso humano</i>	59
1.2.3. <i>Reconocimiento comunitario e internacional del acceso a medicamentos esenciales</i>	63
1.2.4. <i>Las reivindicaciones de Sudáfrica, Brasil e India como impulso del DAME</i>	64
1.3. Debilidades y debates jurídico-políticos del DAME	
1.3.1. <i>Los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad</i>	67
1.3.2. <i>Obligaciones y responsabilidades de los Estados y otros actores en torno a la garantía del DAME</i>	69
Capítulo 2. La exclusión farmacéutica: problematización y delimitación conceptual de la falta de garantía del DAME	75
2.1. Las dificultades en la garantía del DAME	
2.1.1. <i>La deriva neoliberal del concepto de la salud</i>	76
2.1.2. <i>El incumplimiento de las obligaciones y responsabilidades</i>	82
2.1.3. <i>Factores e indicadores del no acceso a los medicamentos esenciales</i>	84
2.2. El DAME como derecho emergente y bien social desde una óptica discursiva	
2.2.1. <i>Las principales “escuelas” de los derechos humanos</i>	86
2.2.2. <i>El DAME como derecho humano emergente</i>	88
2.2.3. <i>Los medicamentos esenciales como bienes sociales</i>	91
2.3. Magnitud y realidades del acceso a medicamentos esenciales	
2.3.1. <i>Contexto global</i>	92
2.3.2. <i>Contexto español</i>	94
2.3.3. <i>Principales sectores afectados</i>	96

2.4. La búsqueda de un nuevo término de referencia en materia de la falta de garantía del DAME	
2.4.1. <i>Consideraciones de la literatura científica en torno a nuestro objeto de estudio</i>	100
2.4.2. <i>Las expresiones de “pobreza” y “exclusión social” como posibles alternativas</i>	101
2.4.3. <i>Justificación de la exclusión farmacéutica como objeto de estudio</i>	104
2.4.4. <i>Perspectivas dimensionales de la exclusión farmacéutica</i>	106

**PARTE II. MANIFESTACIÓN DEL DAÑO:
LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA COMO REALIDAD Y OBJETO PALMARIO**

Capítulo 3. Experiencias de la exclusión farmacéutica: el caso de la hepatitis C en Galicia	113
3.1. La Hepatitis C	
3.1.1. <i>Definición y magnitud</i>	117
3.1.2. <i>Transmisión</i>	117
3.1.3. <i>Vinculación con el VIH</i>	118
3.1.4. <i>Una enfermedad silente</i>	119
3.1.5. <i>Diagnóstico</i>	121
3.1.6. <i>Historia natural del VHC</i>	122
3.1.7. <i>Tipología y prevalencia</i>	123
3.2. El tratamiento	
3.2.1. <i>El Interferón y la biterapia</i>	124
3.2.2. <i>Efectos secundarios y hábitos de vida</i>	124
3.2.3. <i>Los AAD y las triterapias</i>	126
3.2.4. <i>El Sovaldi</i>	126
3.3. El no acceso al Sovaldi	129
3.4. La Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C (PGAHC)	
3.4.1. <i>Aceptar y nombrar</i>	132
3.4.2. <i>Denuncia y contrarrelato</i>	134
3.4.3. <i>Reclamación y reparación</i>	140
3.4.4. <i>Resistencia, emancipación y aprendizaje</i>	150

**PARTE III. INDAGACIÓN SOBRE LAS POSIBLES CAUSAS:
LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA COMO RESULTADO DEL DETERIORO
SANITARIO Y EL MONOPOLIO DE LA INDUSTRIA FARMACEÚTICA**

Capítulo 4. Los problemas de disponibilidad farmacéutica: deterioro y transformación del sistema sanitario español	157
4.1. Evolución y gestión del sistema sanitario español	
4.1.1. <i>El modelo de Seguridad Social</i>	158
4.1.2. <i>El Sistema Nacional de Salud</i>	162
4.1.3. <i>Las contradicciones de los modelos sanitarios con la deriva neoliberal</i>	169
4.2. Algunas medidas privatizadoras del sistema sanitario español	
4.2.1. <i>Las primeras intervenciones del sector privado</i>	172
4.2.1.1. <i>El sistema sanitario gallego</i>	177
4.2.2. <i>El estallido financiero del siglo XXI</i>	183
4.2.3. <i>Las medidas de austeridad posteriores al estallido en materia sanitaria</i>	185

4.3. Las políticas de recortes sanitarias y su impacto en el Estado español	
4.3.1. <i>La apuesta por la reducción del gasto público</i>	187
4.3.1.1. <i>Su aplicación en el sistema sanitario gallego</i>	189
4.3.2. <i>Análisis del RDL 16/2012</i>	191
4.3.3. <i>Consecuencias e impactos de los recortes en la vida de las personas</i>	195
4.4. Los (no tan) nuevos peligros en la comprensión de la salud y la medicina	199
Capítulo 5. Los problemas de asequibilidad farmacéutica: regulación y protección de los medicamentos	205
5.1. Los medicamentos y su evolución a objetos patentables	
5.1.1. <i>Las primeras concepciones históricas sobre los medicamentos</i>	206
5.1.2. <i>Los medicamentos como objeto de mercancía</i>	209
5.1.3. <i>Análisis del Acuerdo sobre los ADPIC</i>	215
5.1.4. <i>La preocupación de la OMS en la garantía del DAME</i>	219
5.2. El proceso del medicamento y su regulación interna	
5.2.1. <i>Las etapas del medicamento</i>	228
5.2.2. <i>La regulación española del medicamento</i>	232
5.3. El control del Mercado y la “omisión” de los Estados	
5.3.1. <i>El control corporativo de la cadena de medicamentos</i>	235
5.3.2. <i>El papel y las obligaciones de los Estados</i>	242
5.3.3. <i>Consecuencias e irresponsabilidades de la falta de garantía del DAME</i>	244
Capítulo 6. Una violencia estructural: la exclusión farmacéutica en el conflicto capital-vida y como objeto de estudio criminológico	251
6.1. La receta de la exclusión farmacéutica	
6.1.1. <i>El proyecto de la modernidad capitalista</i>	253
6.1.2. <i>Los cuatro rasgos del capital</i>	260
6.2. El marco del conflicto capital-vida	
6.2.1. <i>Los antecedentes del conflicto capital-trabajo</i>	274
6.2.2. <i>El papel de la economía feminista y el eje de los cuidados</i>	277
6.2.3. <i>El reconocimiento de la vulnerabilidad y la interdependencia</i>	278
6.3. Mirar y escuchar desde la sostenibilidad	
6.3.1. <i>Hacia un método para poner la vida en el centro</i>	281
6.3.2. <i>La narrativa y las historias de vida</i>	289
6.3.3. <i>El lugar de la memoria</i>	290
6.4. Un espacio para la criminología	
6.4.1. <i>Antecedentes de hecho</i>	293
6.4.2. <i>Una criminología crítica global</i>	298
6.4.3. <i>Una propuesta personal y arriesgada</i>	310

**PARTE IV. REFLEXIÓN SOBRE EL PRESENTE:
LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA COMO PROBLEMA ACTUAL Y
ERRADICABLE**

Capítulo 7. El presente con la COVID-19: la irrupción de lo que ahora sí que conocemos	319
7.1. El estallido sanitario	
7.1.1. <i>COVID-19: Fragilidad, ecodependencia, guerra y estigma</i>	320
7.1.2. <i>Las carencias del sistema sanitario</i>	328
7.1.3. <i>El papel de la OMS y el Relator Especial</i>	332
7.2. La oportunidad de la Industria Farmacéutica	
7.2.1. <i>La inversión, la flexibilización y la competencia con la vacuna</i>	335
7.2.2. <i>La exclusión en el acceso a las vacunas</i>	340
7.2.3. <i>Dilemas el sistema de protección intelectual y patentes</i>	342
7.3. Direcciones y redirecciones del capitalismo	
7.3.1. <i>Un recorrido lleno de declives</i>	348
7.3.2. <i>Desglobalización, Green New Capital y digitalización</i>	351
7.3.3. <i>La redirección de la salud hacia el 4.0</i>	353
7.4. Aproximación a las posibles soluciones en la garantía del DAME y la erradicación de la exclusión farmacéutica	
7.4.1. <i>Pasos y propuestas hacia la garantía del DAME</i>	357
7.4.2. <i>La exigibilidad y el posible control a la lógica del capital</i>	361
CONCLUSIONES	367
BIBLIOGRAFÍA	373

LISTA DE ABREVIATURAS

4RI Cuarta Revolución Industrial	C-TAP Fondo común de Acceso a la Tecnología COVID-19
AAD Antivirales de Acción Directa	CAP Centro de Atención Primaria
AAJM Asociación Acceso Justo al Medicamento	CAR Chimeric Antigen Receptor
ACNUDH Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos	CCAA Comunidades Autónomas
ADPIC Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionado con el comercio	CCTPCID Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes de la ONU
AECC Asociación Española Contra el Cáncer	CDC Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
AED Asociación Española de Directivos	CDESC Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
AEEH Asociación Española para el Estado del Hígado	CDFUE Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea
AEMPS Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios	CDH Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas
AGDSP Asociación Galega para a Defensa de Sanidade Pública	CDN Convención sobre los Derechos del Niño
AGNU Asamblea General de Naciones Unidas	CDPI Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual
AMS Asamblea Mundial de la Salud	CE Constitución Española
AP Atención Primaria	CEDH Convenio Europeo de Derechos Humanos
API Ingredientes Farmacéuticos Activos	CEO Chief Executive Officer
ARN Ácido ribonucleico	CEPI Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias
ARV Antirretroviral	CETFDICM Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
ASSCAT Asociación Catalana de Pacientes Hepáticos	CHUAC Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
BBVAH El sujeto blanco, burgués, varón, adulto y heterosexual	CHUS Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
BCE Banco Central Europeo	CHUVI Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
BM Banco Mundial	
BOC Boceprevir	
BOE Boletín Oficial del Estado	

CIAPS

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud

CIEFDR

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial

CIPIH

Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health

CIPM

Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos

CIS

Centro de Investigaciones Sociológicas

CNSE

Confederación estatal de personas sordas

CNUCYD

Conferencia de la Naciones Unidas sobre Comercio Y Desarrollo

CP

Código Penal

CPP

Colaboración Público-Privada

CRS

Comisión de Reformas Sociales

CSIC

Consejo Superior de Investigaciones Científicas

CSIF

Central Sindical Independiente y de Funcionarios

CUE

Consejo de la Unión Europea

CWEG

Consultative Expert Working Group

DAME

Derecho al Acceso a Medicamentos Esenciales

DPPCDF

Declaración sobre la Protección de todas las Personas Contra las Desapariciones Forzadas

DUDH

Declaración Universal de los Derechos Humanos

DUDHE

Declaración Universal de Derecho Humanos Emergentes

DUEHM

Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición

EBAs

Empresas de Base Asociativa en atención primaria

ECDC

Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades

EEE

Espacio Económico Europeo

EE. UU.

Estados Unidos

EFPIA

Federación de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas

ELA

Esclerosis Lateral Amiotrófica

EM

Estados Miembros

EMA

European Medicines Agency

ENT

Enfermedad No Transmisible

EPI(s)

Equipo(s) de protección individual

EPO

Oficina de Patentes Europea

EUPATI

European Patients' Academy on Therapeutic Innovation

EWEC

Every Women, Every Child

EWG

Expert Working Group

EXPH

Expert Panel on effective ways of investing in Health

FADSP

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

FDA

Food and Drug Administration

FEDACE

Federación Española de Daño Cerebral

FIP

International Pharmaceutical Federation

FMI

Fondo Monetario Internacional

FNETH

Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos

GAEHC

Grupo de Apoyo a los Enfermos de Hepatitis C

GATT

General Agreement on Tariffs and Trade

GAVI	Alianza Global para la Vacunación y la Inmunización	LOSC	Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria	MPS	Mont Pelerin Society
GHIC	The Global Health Innovation Center	MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
GRAPO	Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre	MSF	Médicos Sin Fronteras
GSPOA	The Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation, and Intellectual Property	MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
I+D (+i)	Investigación y Desarrollo (e Innovación)	MUGEJU	Mutualidad General Judicial
IDHC	Institut de Drets Humans de Catalunya	NBA	National Basketball Association
IGWG	Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property	NHS	National Health Service
IFN	Interferón	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ILP	Iniciativa Legislativa Popular	ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
IMELGA	Instituto de Medicina Legal de Galicia	OEA	Organización de los Estados Americanos
INP	Instituto Nacional de Previsión	OIHP	Office International d'Hygiène Publique
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria	OMC	Organización Mundial del Comercio
INSALUD	Instituto Nacional de Salud	OMS	Organización Mundial de la Salud
IPT	Informe de Posicionamiento Terapéutico	ONG	Organización no gubernamental
IRS	Instituto de Reformas Sociales	ONU	Organización de las Naciones Unidas
ISCIH	Instituto de Salud Carlos III	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas	OPS	Organización Panamericana de la Salud
KPA	Kilo Pascal	PAME	Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales
LGS	Ley General de Sanidad	PCE(r)	Partido Comunista de España (reconstituido)
LGTBI	Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales	PFI	Private Finance Initiative
LNHO	League of Nations Health Organization	PhRMA	Pharmaceutical Research and Manufacturers of America
LO	Ley Orgánica	PIB	Producto Interior Bruto

PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	SIDA	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	S.L.	Sociedad Limitada
PGE	Presupuestos Generales del Estado	SNS	Sistema Nacional de Salud
PGAHC	Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C	SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
PLAFHC	Plataforma de Afectados por la Hepatitis C	SOF	Sofosbuvir
PNL	Proposición No de Ley	STC	Sentencia
PVL	Precio de Venta del Laboratorio	SUBCOMNU	Subcomisión para la Promoción y protección de los Derechos Humanos
PVP	Precio de Venta Público	TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
PwC	Price Waterhouse Coopers	TS	Tribunal Supremo
RAE	Real Academia Española	TSXG	Tribunal Superior de Xustiza de Galicia
RBV	Ribavirina	TVR	Telaprevir
RD(L)	Real Decreto (Ley)	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
REDER	Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012	UE	Unión Europea
RSC	Responsabilidad Social Corporativa	UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
RSI	Reglamento Sanitario Internacional	UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
RTVE	Radio y Televisión Española	UNHLP	United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines
S.A.	Sociedad Anónima	UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
SCS	Sistema de Cuentas de Salud	UNRRA	United Nations Relief and Rehabilitation Administration
SDN	Sociedad De Naciones	URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
SEDISA	Asociación De Directivos Sanitarios	UTE	Unión Temporal de Empresas
SEMI	Sociedad Española de Medicina Interna	VHC	Virus de la Hepatitis C
SERGAS	Servicio Gallego de Salud	VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
SEVeM	Sistema Español de Verificación del Medicamento		

ÍNDICE DE TABLAS, IMÁGENES Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1.	La regulación comunitaria e internacional del derecho a la salud	47
Tabla 2.	Algunas funciones de la salud en el derecho internacional de los derechos humanos	54
Tabla 3.	Elementos y algunos factores determinantes en la materialización del DAME	68
Tabla 4.	Violaciones de las obligaciones específicas de los Estados	70
Tabla 5.	Directrices sobre derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos	72
Tabla 6.	Relación entre los factores y problemas globales del acceso a medicamentos esenciales	85
Tabla 7.	Nuevos productos terapéuticos aprobados o recomendados por categoría de enfermedad (2000-2011)	99
Tabla 8.	Categorías de análisis de la judicialización del acceso a medicamentos	108
Tabla 9.	Fases de fibrosis según el Fibroscan	121
Tabla 10.	Evolución de la comercialización y dispensación del Sovaldi	130
Tabla 11.	Crónica judicial del caso gallego	148
Tabla 12.	Muestra de las acciones posteriores de la PGAHC al Plan Estratégico	151
Tabla 13.	Modelos de gestión sanitaria y posicionamiento actual del Estado español	165
Tabla 14.	Medidas privatizadoras y mercantilizadoras de la provisión sanitaria	174
Tabla 15.	Evolución del gasto sanitario total del Estado español entre 2009 y 2018	188
Tabla 16.	Evolución del gasto sanitario público entre 2009 y 2016: comparación de los distintos componentes del sistema	197
Tabla 17.	Rondas y logros en el comercio internacional	214
Tabla 18.	Fases y eras de los acontecimientos relacionados con los medicamentos esenciales en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud	226
Tabla 19.	El trinomio de la paz positiva en la teoría de la paz de Johan Galtung	260
Tabla 20.	Principales diferencias entre la Teoría Tradicional y la Teoría Crítica según Horkheimer	301
Tabla 21.	Ocho razones sobre por qué se produjo el “descuido” de la Criminología	305
Tabla 22.	Crítica “crítica” a la Criminología	311
Tabla 23.	Principales diferencias entre los modelos de gestión pública	354
Tabla 24.	Ventas mundiales de tecnología médica en 2017: 20 empresas principales y mercado total	356

IMÁGENES

Imagen 1.	Xulia (al fondo) y las compañeras de la PGAHC en la moción sobre la hepatitis C del pleno de Vigo el 10 de febrero de	119
Imagen 2.	Afectadas y afectados de la PGAHC saliendo de la tribuna tras su expulsión del Parlamento Gallego	137
Imagen 3.	La cabeza de la manifestación llegando a la escalinata de la Praza das Praterías	139
Imagen 4.	Cartel utilizado para las movilizaciones frente al Parlamento en defensa del acceso a medicamentos de la población reclusa gallega	152

FIGURAS

Figura 1.	La contribución de los determinantes de salud en la reducción de la mortalidad según Dever (1976)	48
Figura 2.	Actividades en las dos áreas estratégicas de la Hoja de Ruta	59
Figura 3.	Marco situacional del acceso a medicamentos	109
Figura 4.	Cartografía del trabajo de campo (11/11/2019- 21/09/2020)	116
Figura 5.	Historia natural de la infección por hepatitis C	122
Figura 6.	Estimación de la evolución de la infección por VHC en el Estado español en 2014	123
Figura 7.	Componentes del Sistema Sanitario Público	166
Figura 8.	La cadena de medicamentos	231
Figura 9.	¿Cuáles son las etapas en el desarrollo de una vacuna?	336
Figura 10.	Proporción de personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna COVID-19 a nivel mundial a fecha del 8 de septiembre de 2021	341
Figura 11.	Tasa de ganancias del G20 (1950-2016)	350



INTRODUCCIÓN

Hasta el árbol que florece miente en el instante en que se percibe su florecer sin la sombra del espanto; hasta la más inocente admiración por lo bello se convierte en excusa de la ignominia de la existencia, cosa diferente, y nada hay ya de belleza ni de consuelo salvo para la mirada que, dirigiéndose al horror, lo afronta y, en la conciencia no atenuada de la negatividad, afirma la posibilidad de lo mejor. (Adorno, [1951]2017, pp.29-30)

China, Wuhan, murciélagos, conspiración, neumonía, pandemia, tos, estornudo, higiene, emergencia, virus, epidemia, mascarilla, gel, distancia social, cuarentena, confinamiento, guerra, estado de alarma, excepcionalidad, contagio, colapso, miedo, encierro, inmunidad, vacuna, variantes, salud o economía... Estas son tan solo algunas de las palabras o expresiones que marcaron los años de 2020 y 2021. Unas expresiones que dentro de la temática de la COVID-19 iniciada a finales de 2019 parecen haber demostrado una preocupación social y global por nuestra salud y nuestra vida.

Muy en especial, la problemática de los criterios de reparto, distribución y protección intelectual de las vacunas contra el virus han recibido un gran seguimiento informativo y social que, incluso, nos han hecho posicionarnos a favor o en contra en alguna ocasión a casi todos y todas¹. Por ejemplo, en los últimos meses de 2020 las corporaciones farmacéuticas entraron en una competición en torno a la efectividad de sus vacunas; en el caso de la UE, se inyectaron fondos y grandes cantidades de dinero para la investigación y compra de vacunas, liberando incluso a las corporaciones del riesgo que podían suponer sus efectos secundarios; a su vez, el uso de las patentes para proteger las vacunas fue fuertemente criticado ante un problema global de tal magnitud; mientras que en el reciente proceso de vacunación se han producido retrasos en la administración o se ha comenzado a inocular una tercera dosis a ciertos sectores de la población cuando a nivel mundial todavía hay quienes no han recibido todavía ni la primera.

Sin embargo, estas cuestiones como el negocio de la efectividad, las grandes inversiones públicas en el sector privado, los dilemas de las patentes o el poder de las farmacéuticas en la fabricación de medicamentos no son una novedad. El problema es anterior y lo intentaremos demostrar en este trabajo con el análisis del que será nuestro objeto de estudio: la garantía del derecho al acceso a medicamentos esenciales (algo que nos hemos dado la licencia de denominar como *DAME*) y uno de los problemas que se derivan de su incumplimiento, la *exclusión farmacéutica*. La falta o las barreras en el acceso a ciertos medicamentos a una gran parte de la población que se produce por la acción y la inacción de ciertos actores y los intereses por el lucro y el beneficio de la lógica capitalista que termina por imponerse a la vida².

¹ La primera anotación con la que queremos dar comienzo a este trabajo es aquella que sostiene que el lenguaje no es neutro y que su uso fomenta las relaciones de poder. Por este motivo, pese a que pueda dañar la posición de algún miembro o *miembra* de la RAE, hemos decidido utilizar el lenguaje inclusivo a lo largo del texto. Eso sí, cabe señalar que hay casos donde tan solo se ha hecho uso del masculino ya que nos sirven para representar el dominio de los hombres en determinados sectores y posiciones. Del mismo modo, por no alargar en cada caso o frase un "las, los y les", el lenguaje no binario no ha sido incluido, en cambio, reivindicando su uso invitamos a les, las y los lectores que lo tengan en consideración.

² Aunque somos conscientes que el *exceso farmacéutico* puede que sea un problema mucho mayor y complejo, este mismo podría encuadrarse en el mismo marco teórico que utilizaremos: monopolio de decisión, control en la definición de la salud, el lucro del mercado y la transformación del sistema sanitario.

En concreto, profundizaremos el caso de la hepatitis C en Galicia³. Unos hechos que ocurrieron entre 2014-2015 (época de recortes y cumplimiento del déficit) e impidió acceder, sobre todo a las y los enfermos más graves, a un nuevo medicamento (el Sovaldi) que, con menos efectos secundarios que los tratamientos existentes, tenía más de un 90% de efectividad a la hora de negativizar el virus.

Un tarea que nos llevará a plantear como tentativa de afirmación, que estos sucesos representan un ejemplo de exclusión farmacéutica. En Galicia (como en otros tantos lugares) se produjo exclusión farmacéutica al no garantizarse este tratamiento a miles de personas. Por lo dicho, el objetivo principal consistiría en analizar por qué se constituye nuestro objeto de estudio y conocer cómo impacta este en cierta población. Es decir, se intentará responder a cómo se produce estructuralmente la exclusión farmacéutica (una tarea para nada sencilla) y en qué se derivan sus consecuencias.

Dicho lo cual, otra finalidad que tendrá esta tesis consistirá en relacionar y conectar la situación actual (en materia de acceso, deficiencias del sistema sanitario y su impacto en la población) con políticas y formas previas de entender los medicamentos y la salud. Y es que, cabe señalar, que quien escribe estas palabras, comenzó a interesarse por la temática en 2017, antes de la pandemia y poco después de las consecuencias de los recortes iniciados tras el estallido financiero de 2007-2008.

En cambio, cabe señalar que los trabajos sobre el mundo de los medicamentos y la Industria Farmacéutica no son una novedad. Existe una basta bibliografía de estudios y monografías que cuestionan el modelo de regulación e I+D de los medicamentos como los de Moynihan y Cassels (2005), Girona, Rovira y Homedes (2009) o Lamata Cotanda *et al.* (2017). Incluso la falta de transparencia en sus costes o la situación de monopolio generado por las patentes que fomentan los altos precios de muchos medicamentos como lo trabajan Blech ([2003]2005) Pignarre ([2003]2005), Angell ([2004]2006), Jara (2007), Brownlee (2008), Welch, Schwartz y Woloshin (2011) o Gøtzsche ([2014]2017).

Por añadir, la hiper-medicalización o el exceso de prescripción, sobre todo en la población mayor y en el ámbito de la salud mental, se ha vuelto una problemática muy estudiada llegando a afirmarse que los “medicamentos matan” tal y como lo comprueban Hubbard ([2002]2006), Welch, Schwartz y Woloshin (2011) y Gøtzsche ([2015]2016). En suma, la Industria Farmacéutica ha sido acusada de crear nuevas enfermedades, de patologizar comportamientos y estilos de vida para sacar nuevos fármacos o ampliar el sector/número de pacientes en el mercado. Unas afirmaciones que pueden encontrarse en Hubbard ([2002]2006), Blech ([2003]2005), Moynihan y Cassels (2005), Girona, Rovira y Homedes (2009) Welch, Schwartz y Woloshin (2011) o Gøtzsche ([2014]2017).

No obstante, esta tesis tiene como novedad la visión criminológica aportada a la discusión⁴. Un enfoque por el cual consideramos que la *exclusión farmacéutica* tiene

³ En este trabajo, dando especial relevancia a los idiomas de cada territorio, fomentaremos su uso a la hora de pronunciar el nombre de cada región. Al respecto, cabe matizar que hemos utilizado tanto en el texto como en el título de la tesis la forma oficial en el caso gallego: *Galicia*. Una decisión que no deja del lado otras formas de nombrarla como *Galiza*. En cambio, no hay problema por nuestra parte si la persona lectora decirle denominarlo de esta última manera.

⁴ En este aspecto, la bibliografía es reducida. Aun así, destacamos la obra de John Braithwaite donde entrevistó a 131 ejecutivos y estudió el delito de cuello blanco a través del análisis de experimentaciones de nuevos fármacos o problemas de regulación. BRAITHWAITE, J. <<<

una magnitud comparable a lo que las y los criminólogos llaman “crimen” o “delito” por las repercusiones que tienen en la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía. En consecuencia, como primera parada de un viaje que iremos recorriendo poco a poco, queremos incidir en por qué este objeto de estudio debería ser una cuestión relevante en materia criminológica.

Para aquellas y aquellos que se introducen por vez primera en la disciplina, cabe decir que no existe una definición única para la Criminología (en mayúscula para reflejar que nos referimos a la dominante). Por ejemplo, para la RAE es una “ciencia penal empírica que tiene por objeto el delito, el delincuente, la víctima y el control social y que analiza el crimen como fenómeno individual y como fenómeno social, utilizando un método causal-explicativo” (DPEJ-RAE, 2021a); mientras que hay quienes la entienden como “una ciencia interdisciplinaria que recopila y analiza datos de varios aspectos del comportamiento criminal, delincuente y antisocial” (Walsh y Jorgensen, 2019, p.1).

Por su parte, el *Diccionario de derecho* de la Universidad de Oxford (Law y Martin, 2014) la define como “un campo interdisciplinario que combina aspectos de la teoría jurídica y las disciplinas jurídicas sustantivas con enfoques basados en la psicología, la sociología y la filosofía moral” y toma como objetos principales “la naturaleza y definición del delito, sus formas e incidencia, sus causas y la prevención del delito”.

De esta forma, tomando los puntos en común de estos y otros significados, podría decirse que la Criminología es *una ciencia social o un conocimiento académico y profesional que mediante el método empírico aspira a conocer las causas, la prevención, los remedios y el tratamiento de sus principales objetos de estudio: el delito, el delincuente, la víctima y el control social* (Garrido, Stangeland y Redondo, 2006, p.48; Tieghi, 2004, p.49; López Vergara, 2006, p.20).

Así, quienes ejercen de criminólogos o criminólogas trabajan sobre temas tan variados como los que podemos encontrar en el Programa CECRIM 2018⁵: miedo al delito, delincuencia sexual, prácticas policiales, regímenes penitenciarios, inmigración, *stalking*, *hate crimes*, terrorismo y radicalismo, reincidencia, etc. Incluso en volúmenes recientes de una de las publicaciones más reconocidas en la disciplina académica, el *Annual Review of Criminology*, se publican artículos referidos a la libertad condicional, la pena de muerte, la agresión sexual, los disturbios urbanos, la vigilancia predictiva o la cadena perpetua. Toda una variedad de temas que, sin embargo, comparten su vínculo con el sistema penal y aquello que este define como “delito”.

Por tanto, adelantando que esta visión penal y positivista que se fundamenta en la etiología de la cuestión criminal, antes de ser considerada como ciencia tuvo estrecha relación como forma de conocimiento con la Inquisición en la Edad Media, la pregunta que nos hacemos es: ¿qué lugar tiene el DAME y su estudio en todo este contexto?

(1984). *Corporate Crime in the pharmaceutical industry*. Londres: Routledge & Kegan Paul Books. [Obra actualizada en 2014. DUKES, G., BRAITHWAITE, J. y MOLONEY, J.P. (2014). *Pharmaceuticals, Corporate Crime and Public Health*. Cheltenham/Northampton: Edward Elgar]

Mientras que el trabajo de Frank Pearce y Steve Tombs también analizó los crímenes corporativos de la industria. PEARCE, F. y TOMBS, S. (1998). *Toxic Capitalism: Corporate Crime and the Chemical Industry*. Londres: Routledge.

⁵ XII Congreso de Criminología organizado por la Sociedad Española de Investigación Criminológica y la Federación de Asociaciones de Criminología de España.

A priori, si respondemos directamente parece ser que ninguna. Por ello, podríamos decir que nuestra visión se aleja de esta definición hegemónica de la disciplina porque partimos de una afirmación muy rotunda y que podría resultar hiriente: la Criminología nació como herramienta legitimadora de un orden, aquel representado por la modernidad capitalista.

Por ello, nos posicionamos en una interpretación crítica de la disciplina que, con claras influencias con la criminología crítica de la década de los 70 (Taylor, Walton y Young, [1973]2001; Melossi y Pavarini, 1977; Bergalli, Bustos Ramírez y Miralles, 1983) que, cabe decir, dio un vuelco epistemológico a la disciplina estudiando no “el comportamiento criminal, delincuente y antisocial” sino las prácticas de las y los agentes del sistema penal), amplía los horizontes de estudio y se pregunta: ¿es posible otro tipo de criminología? ¿interesa?

Por ejemplo, una representación de este “papel servicial” a ciertos intereses puede reflejarse con el análisis de la figura de la *memoria*. Basta con hacernos un par de preguntas: ¿dónde estaba la Criminología frente a las atrocidades y violencias masivas de la colonización, las guerras de agresión y los totalitarismos? (Bernal Sarmiento et al., 2014, pp.35-36) o ¿cómo actuó ante el holocausto, el *apartheid* africano o las guerras civiles de El Salvador o Guatemala? (Zaffaroni y Dias Dos Santos, 2019, p.42).

La respuesta es (aunque será analizada durante el trabajo), que salvo excepciones, a la disciplina no le interesó investigar estas acciones que sucedían en “el espacio del otro”, por lo que prefirieron mirar a ese espacio cercano que Morrison llama “espacio civilizatorio” ([2006]2012, p.21). En suma, para no caer en el mismo error y enfrentándonos a discursos que responden a los intereses de los más poderosos, con el objetivo de relacionar el presente con el pasado, tendremos la ambiciosa tarea de realizar un ejercicio de memoria a partir de nuestro objeto de estudio.

Como resultado, tomaremos como núcleo la memoria colectiva que da lugar a lo silenciado o ignorado, uno de los ejes que, a su vez, forma parte de una de las propuestas más recientes en la disciplina: la *criminología crítica global*. Una criminología crítica del siglo XXI, que sobre problemas globales incluye como grandes pilares las ideas de violencia estructural y daño social (Rivera Beiras, 2016). Unas concepciones que al interpretar “la cuestión criminal” rompen por completo con el orden establecido.

De esta manera, la primera, la violencia estructural, definida por Johan Galtung, responde a aquellas acciones sistémicas e invisibles (o normalizadas culturalmente) que operan por aquellos que tienen el poder. Una tipología que en la triada de la violencia, se diferencia de la violencia directa (ese “delito ordinario”, el que se ve y en el que se centra comúnmente la Criminología) y también, de la violencia cultural (que tiene la función de legitimar las dos anteriores de manera simbólica, por ejemplo, a través de la religión, el lenguaje, el derecho o el arte) (Galtung, [1996]2003, p.20).

En lo que respecta al daño social, esta perspectiva se interesa por el estudio de aquellos daños que no son consideradas como conductas ilícitas, pero que son perjudiciales para el “bienestar de las personas desde la cuna hasta la tumba” (Hillyard et al., 2004, p. 11; Hillyard y Tombs, 2013, p.184). Unos daños que Pemberton ha llegado a definir como “determinados eventos que comprometen de forma demostrable la sostenibilidad de la vida [*human flourishing*]” (2015, p.19). Es decir, estamos ante una

perspectiva que pretende ir más allá de la corriente más crítica de la criminología (que pone el foco en las y los agentes del sistema penal) e intenta ampliar los horizontes de estudio de aquellos establecidos por el derecho penal.

Por ello, sus partidarios y partidarias definen como daños sociales acciones, omisiones o comportamientos como los accidentes de trabajo, la contaminación del aire, la brutalidad del Estado, la violencia doméstica, la tortura, los fraudes, los pactos en la fijación de precios, la apropiación indebida de fondos o el uso desproporcionado de prácticas policiales en detenciones (Hillyard *et al.*, 2004; Hillyard y Tombs, 2013, pp.184-185). Ejemplos a los que podrían añadirse los movimientos forzosos de personas, la privatización de intervenciones armadas, la criminalización de pueblos originarios o los desalojos (Bernal Sarmiento *et al.*, 2012, p. XLII; 2014, p.62).

En consecuencia, optamos por estudiar la *exclusión farmacéutica* desde este “más allá” e interpretarlo como una injusticia, violencia estructural o daño social. Así, con esta posición marcamos como objetivo describir cómo y por qué se produce este daño que se sitúa en el dominio del capital frente a la vida. Es decir, pretendemos describir *cómo la idea neoliberal sobre la salud y su gestión y el monopolio y poder de la Industria Farmacéutica fomentan la exclusión en el acceso a los medicamentos esenciales*.

Para cumplir con este cometido, hemos decidido dividir este escrito en cuatro grandes partes: *El problema* (Parte I), *El daño* (Parte II), *Las causas* (Parte III) y *Las reflexiones* (Parte IV). Un trabajo que a través de siete capítulos, como ejercicio de memoria, intentará mirar a la problemática de la no garantía del DAME desde el pasado en las tres primeras partes con el fin de reflexionar sobre su presente y futuro en el último de ellos.

Con la finalidad de presentar unas pequeñas pinceladas introductorias sobre cada una de ellas, el primer apartado, como su propio nombre lo indica, versará sobre nuestro objeto de estudio, el DAME, y uno de los daños generados por su incumplimiento: la exclusión farmacéutica. De este modo, aunque abordaremos al inicio de cada capítulo un resumen de cada contenido, en el primer capítulo (*Capítulo 1. El DAME: delimitación histórica y jurídico-política del objeto de estudio*) el DAME será delimitado histórica y jurídico-políticamente.

De manera ulterior, en el segundo capítulo (*Capítulo 2. La exclusión farmacéutica: problematización y delimitación conceptual de la falta de garantía del DAME*) se describirá la exclusión farmacéutica como problema en la garantía del DAME, justificándose a su vez los motivos por los que hemos optado por llamarla así.

En la segunda parte, donde se incluye el tercer capítulo (*Capítulo 3. Experiencias de la exclusión farmacéutica: el caso de la hepatitis C en Galicia*), este tendrá la finalidad de presentar el impacto y el daño de la exclusión farmacéutica a través del citado caso de estudio de Galicia. Una tarea que junto al trabajo bibliográfico o la consulta de fuentes realizada en la secciones previas, incorpora en esta ocasión una metodología cualitativa: la narrativa o las historias de vida. Un enfoque poco común en un estudio criminológico que supone “un método que pueda manejar la reflexividad, la contradicción, la provisionalidad, los cambios de opinión, la toma de postura y los disimulos. Un método que tenga sensibilidad hacia el modo en que la gente escribe y reescribe sus propias historias” (Young, [2011]2015, p.38).

De esta manera, con la predisposición a ese compartir de 20 afectados y afectadas de la *Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C* (PGAHC) y dos profesionales del sistema sanitario gallego, intentaremos relatar en primera persona la exclusión del tratamiento y sus consecuencias. Una tarea que no fue sencilla de realizar y se vio alterada precisamente por el estado de alarma de marzo de 2020, una situación que vino de forma imprevista tras mudarnos el mes de enero a Santiago de Compostela para realizar el trabajo de campo. Pero que, sin embargo, nos servirá para partir de ellas y conocer las causas que podrían estar detrás de esta exclusión.

Un tarea de *indagación* que será efectuada en la más extensa de las partes, la tercera, que constará de tres capítulos. Así, en las dos primeras se estudiarán las principales causas de la exclusión farmacéutica (desde una óptica eurocéntrica y occidental que asumimos): la no disponibilidad y la no asequibilidad. De este modo, en el cuarto capítulo (*Capítulo 4. Los problemas de disponibilidad farmacéutica: deterioro y transformación del sistema sanitario español*) se abordará la primera de ellas evaluando el deterioro del sistema sanitario español, los motivos y las medidas privatizadoras, el austericidio o los recortes. Mientras que el siguiente apartado (*Capítulo 5. Los problemas de asequibilidad farmacéutica: regulación y protección de los medicamentos*) responderá a la no asequibilidad y definirá el sistema de patentes y las condiciones que esta genera en el poder de las grandes corporaciones.

En estos términos, tras definir teóricamente “el por qué” propuesto en nuestro objetivo general, llegaremos a un sexto capítulo (*Capítulo 6. Una violencia estructural: la exclusión farmacéutica en el conflicto capital-vida y como objeto de estudio criminológico*) que tendrá la finalidad de servir de resumen y contextualización de la investigación en torno al marco principal donde encuadramos esta investigación: las consecuencias del proyecto modernizador capitalista, el conflicto capital-vida, la importancia de las narrativas o historias de vida como recorrido metodológico o la propuesta de una criminología crítica global que incorpore objetos amplios y ajenos al principio de legalidad y las tipificaciones del sistema penal.

Como última aclaración, sin adelantar mucho sobre ello, cabe señalar que cuando decimos que nuestra tesis se enmarca en el conflicto del capital sobre la vida, estamos posicionándonos a favor de una vida mirada desde la sostenibilidad que hace cuentas con el capital y el ideario modernizador que lleva ya bastantes décadas en crisis y recientemente intenta “actualizarse” con nuevos objetivos.

De esta manera, vemos necesario poner nuestra vida en el centro y que nuestras necesidades se vean satisfechas dejando de un lado el protagonismo de los discursos de “las y los expertos” para partir de relatos que salgan y hablen sobre nuestras vidas y reflejen un “terreno de comprensión y de encuentro que se siente en la piel” (Pérez Orozco, [2014]2017, p.87). Es decir, haciendo oposición al dominio del capital, la criminología debe servir como herramienta que dé voz o sirva de altavoz a los relatos dominados.

Por todo ello, consideramos que toda criminología es política y que ello no contamina lo científico, “sino que lo sincera y permite arañar mucho más de cerca la realidad” (Zaffaroni, 2011, p.11). Así, lejos de la promesa de la “neutralidad científica” a la hora de tratar objetos de estudio, creemos que la criminología siempre se ejerce para alguien (Bernal Sarmiento *et al.*, 2012, p. XLIV). O se posiciona en el bando del poder y el capitalismo o en el de la comunidad y la vida. No hay más opciones.

Para concluir, en la cuarta parte se dará por finalizada la investigación con unas últimas reflexiones y una mirada al presente y la citada situación de la pandemia. En este apartado (*Capítulo 7. El presente con la COVID-19: la irrupción de lo que ahora sí que conocemos*) intentaremos concluir esta tesis demostrando que lo ocurrido con el colapso sanitario y las vacunas vino precedido por toda la lógica capitalista descrita en anteriores capítulos. Una lógica que está en declive e invita a reflexionar en torno a las nuevas vías que se están implementando y se implementarán en un futuro próximo.



**PARTE I. DESCRIPCIÓN DEL
PROBLEMA:
LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA
COMO EXPRESIÓN Y CAUSA DE
DESIGUALDADES**



**BROKEN
HEALTH
SYSTEM = DEATH**

CAPÍTULO 1. EL DAME: DELIMITACIÓN HISTÓRICA Y JURÍDICO-POLÍTICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

Este primer apartado tiene la finalidad de presentar y contextualizar aquello que hemos nombrado como DAME: el derecho al acceso a medicamentos esenciales. Por ello, en el primer punto (*1.1. La reciente articulación del derecho a la salud*) realizaremos un recorrido histórico sobre la concepción y preocupación social-administrativa sobre la salud. A través de las primeras referencias historiográficas, presentaremos el misticismo aplicado a la enfermedad, citando de manera posterior las primeras intervenciones sanitarias aplicadas en la Edad Media para dar respuesta a diferentes pandemias.

No obstante, tendrá especial relevancia la medicina social de los siglos XVIII-XIX y su vinculación con la movilización obrera y los primeros sistemas de gestión sanitaria. Un vuelco político a la hora de entender la salud que fomentó lo que hoy conocemos como el derecho a la salud en las constituciones y normativas comunitarias e internacionales, la definición formal de la salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 o la protección de la salud en la Constitución Española (CE).

Por lo tanto, una vez contextualizada la historia y el origen del derecho a la salud, en aras de vincularlo con el DAME, aclararemos la labor de la OMS en torno a la concepción de medicamentos esenciales y las listas modelo nacionales (*1.2. La evolución del reconocimiento del derecho al acceso a medicamentos esenciales*). Una tarea a la que se le sumará, el reconocimiento y las articulaciones del DAME tanto en el Estado español como en el marco comunitario e internacional que han incrementado la posición y legitimidad de este derecho.

Unas características que nos permiten pensar que estamos ante un derecho que tiene como punto de inflexión la movilización social realizada en países como Sudáfrica, Brasil y la India a finales del siglo XX y comienzos del XXI. Y es que el debate, las pugnas en torno al estatuto jurídico del DAME y, sobre todo, los intentos para llevarlo a la práctica, tuvieron un momento histórico importante con la lucha frente a la pandemia del VIH/SIDA que afectó (y afecta) a millones de personas y las limitaciones generadas por el *Acuerdo sobre los ADPIC* que comenzó a ser efectiva en 1995.

Para dar por concluida esta primera sección y dar pie al segundo capítulo (*Capítulo 2. La exclusión farmacéutica: problematización y delimitación conceptual de la falta garantía del DAME*), se abordará el carácter del DAME y los debates generados en torno a él (*1.3. Debilidades y debates jurídico-políticos del DAME*). En primer lugar nos detendremos en los cuatro elementos principales dados por el Relator Especial centrado en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental nombrado por la Comisión de Derechos Humanos (CDH): la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.

Mientras que en el segundo y último apartado, se trabajaran aquellas obligaciones, responsabilidades, deberes o directrices expresadas por el mismo Relator que tanto los Estados Miembros (EM) como otros actores (como las corporaciones farmacéuticas, en especial) deberían de cumplir para que el DAME pueda ser garantizado. Unas consideraciones que tal y como comprobaremos ya desde el Capítulo 2 se incumplen y terminan por generar y expresar que existen problemas de base estructural.

1.1. La reciente articulación del derecho a la salud

Con el objetivo de responder cuáles fueron algunas de las preocupaciones en materia de la salud por parte de los Estados, cabe señalar como primera aclaración que la concepción del derecho a la salud se configuró a través de la concepción liberal de los derechos dentro de la lógica de la Modernidad. Y es que, como se trabajará a lo largo de la tesis en diferentes apartados, citando a Hobsbawm ([1962]2009, p.7), el mundo se transformó entre 1789 y 1848 a causa de una doble evolución: la Revolución Industrial británica (que trataremos en las próximas páginas) y la Revolución Francesa de 1789.

Pues bien, a través de esta última se presentaron los elementos de la política e ideología del siglo XIX (la revolución británica lo haría con la economía) (Hobsbawm, [1962]2009, p.61). Los derechos, tras ejemplos como la *Declaración de Independencia de Estados Unidos* (1776), comenzaron a alterar el orden jerárquico con la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* de Francia (1789) y convirtieron (o incorporaron en el discurso liberal) la propiedad privada en un derecho natural sagrado.

De este modo, mientras que la Declaración estadounidense proclamó “que todos los hombres son creados iguales” o “que son dotados por su Creador de ciertos derechos inalienables [...] la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad”; la francesa reconoció los derechos de libertad (art.1), propiedad (art.17), libertad religiosa y de opinión (arts. 10 y 11) o de seguridad y resistencia a la opresión (art.2)⁶.

El punto de partida para comprender estos derechos partía de su abstracción, su eternidad y su universalidad. Como sintetiza Estévez Araujo (2013, pp.12-13), siendo dos de los grandes pilares de esta posición el individualismo (“cada uno se preocupa por la defensa de sus propios derechos, no por el reconocimiento de los otros”) como la idea del contrato (“los seres humanos son unos egoístas y la sociedad se forma a partir de un contrato entre ellos”). Como muestra, la Declaración francesa reconoció hombres libres e iguales (formalmente) ante la ley. Eso sí, con cierta vinculación económica a la libre competencia y la libertad contractual (Gándara Carballido, 2019, p.93).

En cambio, siendo nuestro propósito presentar el derecho a la salud y vincularlo con el DAME, nuestro análisis parte de una concepción distinta. La salud no se reconoce como derecho hasta el siglo XIX. Así, consideramos que ningún derecho es natural, sino que son ejemplos históricos (Capella, 2013, p.42). De esta forma, partimos de una visión de resistencia/contestataria (hablaremos de ella en el Capítulo 2) que comprende los derechos como procesos históricos abiertos y en constante cambio en cuanto que “son inventos que formulamos desde nuestra experiencia” (Gándara Carballido, 2019, p.99).

Dicho de otra manera, los derechos son el resultado de un proyecto comunitario que comienza desde las luchas y los discursos de resistencia y emancipación frente a la opresión, la explotación y la dominación (Arias Marín, 2016, p.20)⁷. Unos hechos que

⁶ Eso sí, tal y como denunció Olympe de Gouges, con una gran desigualdad y exclusión hacia las mujeres a la hora de concebir los textos y el discurso de los derechos humanos. DE GOUGES, O. ([1791]2021). *Déclaration des Droits de la Femme et de la Citoyenne*. París: Libro.

⁷ Como cita Capella, salvo excepciones (como los derechos individuales que definen las lógicas mercantilistas), los derechos siempre están en precario. Por ello, tomando como ejemplo un nuevo derecho, las diferentes etapas por las que debe de brotar este proceso histórico son: 1) ser una aspiración no reconocida institucionalmente y con voz; 2) que la aspiración colectiva sea socialmente significativa; 3) saltando al campo político, conseguir un estatuto <<<

tanto en este capítulo como en el siguiente intentaremos recorrer a través de un hilo histórico donde detallaremos su evolución hasta la actualidad.

1.1.1. La salud en los primeros pueblos

Por dar inicio de una manera breve al recorrido sobre la concepción de la salud, cabe señalar que desde los primeros pueblos esta fue entendida en términos sobrenaturales, religiosos o mágicos como contraposición a la enfermedad. Un padecimiento que había que entenderlo en términos de castigo o iras divinas donde a las personas afectadas no les quedaba ningún otro remedio que la penitencia, los ritos o los preces.

Habitualmente, según los documentos historiográficos, la persona encargada de esta atención desde las sociedades más primitivas fue el mago o el hechicero (mayoritariamente masculino y predecesor de la o el facultativo médico/farmacéutico). Un encargo encomendado a las personas con mayor experiencia y observación, quienes en muchas ocasiones lo componían las personas de mayor edad (Folch Jou, 1957, p.1).

Así, en Mesopotamia, Egipto, China o el pueblo hebreo (y de manera más reciente en la América precolombina), se compartía una interpretación parecida de la enfermedad que puede recogerse sobre tres principales concepciones:

- 1) como la penetración en el cuerpo de un objeto extraño;
- 2) como la pérdida o evasión del alma; y
- 3) como la consecuencia inmediata de la acción de espíritus hostiles (Albarracín, 1984, p.14).

Por ejemplo, entre los ríos Tigris y Éufrates (en Mesopotamia), se entendía que las personas estaban al servicio de los dioses, por lo que la penitencia era el único tratamiento que podría “purificarlas del mal” (Mez-Mangold, 1971, p.11). Al respecto, existe constancia de uno de los hechizos más antiguos que data de hace más de 5.000 años: el hechizo *Marduk-Ea*, un acto mágico utilizado por los sacerdotes exorcistas en sus rituales para curar las enfermedades e intentar alejar el mal (Annus, 2020, p.2486).

Por su parte, a orillas del Nilo (en Egipto) “la enfermedad era una fuerza hostil que pertenecía al mundo invisible” y que al entrar en un cuerpo con vida roía los huesos, bebía la sangre, lamía la médula o carcomía el corazón. En estos casos el médico-sacerdote tenía la labor de expulsar o destruir ese mal. Una vez identificada la naturaleza del espíritu, este invocaba sortilegios y aplicaba amuletos en este cometido (Calder, [1958]1965, p.74).

Sin embargo, este espiritismo de los primeros pueblos fue fracturada en la Antigua Grecia. Gracias a los conocimientos egipcios, indios o chinos, la filosofía jugó un papel importante a la hora de entender qué eran las enfermedades y cómo había que hacerlas frente (Folch Jou, 1957, p.23). Desde el pensamiento helénico, el misticismo se dejó de lado a favor de un “espíritu científico” cimentado en la observación (colocarse junto a la persona enferma) y el tratamiento clínico (Calder, [1958]1965, p.85).

normativo con una legislación que lo reconozca y establezca sus deberes; para finalmente 4) ser un derecho reconocido y con legitimidad pública desde el campo jurídico. CAPELLA, J.R. (2013). 1. Derechos y deberes: la cuestión del método de análisis. En, ESTÉVEZ ARAUJO, J.A. (Ed.), *El libro de los deberes: las debilidades e insuficiencias de la estrategia de los derechos*, (pp.39-57). Madrid: Trotta. pp.47-50.

La figura más relevante en este aspecto fue Hipócrates, que es considerado “el padre de la medicina” y sintetizando los conocimientos previos, pudo asentar las bases de la medicina moderna (Suvajdžić *et al.*, 2016, p.1181). Su postura se caracterizó por situar como base del mal las fuentes naturales (y no las divinas). Por ello, justificó esta posición interpretando la enfermedad como una perturbación basada en equilibrios y desequilibrios de los principios orgánicos que fundamentaban la vitalidad del cuerpo humano y el universo (Mez-Mangold, 1971, p.28).

Con claras influencias con Empédocles y Pitágoras, las tesis de Hipócrates unieron los cuatro elementos que fluían por el cosmos (el fuego, el agua, el aire y la tierra) con los cuatro humores que creía que teníamos en el organismo humano: la sangre (aire, cálida y húmeda), la bilis amarilla (fuego, cálida y seca), la bilis negra (tierra, fría y seca) y la pituita (agua, fría y húmeda) (Suvajdžić *et al.*, 2016, p.1182; Molano Camargo, 2020, p.21). En síntesis, la salud del cuerpo de la o el enfermo dependía del equilibrio de las propiedades de estos humores (Folch Jou, 1957, p.31).

Dicho lo cual, trasladándonos a Roma, el cambio en la concepción de la salud y la enfermedad podría decirse que no fue más allá. Y es que, pese a ser herederos y herederas de grandes civilizaciones, las contribuciones médicas fueron escasas (Calder, [1958]1965, pp.92-93). No obstante, sí que destacó Galeno de Pérgamo, que racionalizó los tratamientos médicos en el siglo II y le es atribuido el inicio de la farmacología a través de la clasificación de las plantas por su actividad terapéutica o el efecto que podía tener una sobre la otra (Meyer, [1984]1986, p.27).

Una vez recopilado parte del saber médico, Galeno fue más allá que Hipócrates e interpretó que la enfermedad poseía un origen en el desarreglo funcional de algunas partes del cuerpo o un desequilibrio de humores (Gómez Caamaño, 1970, p.33; Mez-Mangold, 1971, pp.34-36). En consecuencia, alejándose del materialismo y bajo influencias platónicas, señaló que el cuerpo funcionaba a través de tres clases de espíritus: *el espíritu vital*, situado en el corazón y que regulaba la circulación y la temperatura; *el espíritu natural*, que se encontraba en el hígado (sede del alma) y donde sucedían los intercambios nutritivos; y *el espíritu animal*, en el cerebro, que regía los movimientos y generaba sensaciones (Folch Jou, 1957, pp.65-66).

De manera posterior, en el mundo árabe, figuras como Harún-al-Raschid ordenaron y fomentaron en el siglo VII la traducción de textos filosóficos y científicos griegos (Gómez Caamaño, 1970, p.46). Así, el patrimonio intelectual de la antigüedad pudo ser conservado con la publicación de nuevos libros (Mez-Mangold, 1971, p.54; Gómez Caamaño, 1970, p.53). Entre estos escritos destacaron, en especial, los grabadines, los primeros códigos y antecesores de las farmacopeas a los que las y los preparadores de medicamentos tenían que acudir (Folch Jou, 1957, pp.91-92).

No obstante, tal y como hemos intentado reflejar, según la información aportada sobre la medicina antigua, esta no fue más allá del misticismo, sobrenaturalismo o la religión (pese a los intentos más “científicos”, por decirlo de alguna manera, de Hipócrates o Galeno). Unos hechos que a lo largo de la Edad Media también se estancarían con el dominio del cristianismo pero que, sin embargo, sí que contaron con la aparición de las primeras intervenciones del soberano o las élites en las preocupaciones por la salud del resto de la población a causa de las grandes pandemias que redujeron notablemente la población de diversos territorios.

1.1.2. Las pandemias medievales y sus primeras respuestas

Por seguir en Europa, los clérigos formaron la sociedad culta de Occidente en la Edad Media (V-XV) y el patrimonio intelectual en la materia sanitaria se concentró en los monasterios bajo el poder de la Iglesia Católica (Folch Jou, 1957, pp.123/127; Meyer, [1984]1986, p.36). Así en palabras del psiquiatra y psicoanalista francés Polack podría decirse que “guardando lo esencial de la herencia galénica, la cristiandad caritativa encajona a la medicina en la vía estrecha de la súplica, la oración y el diálogo con Dios” ([1971]1974, p.18). Y es que el conocimiento quedó casi recluido en estos santuarios hasta la aparición de la imprenta en el siglo XV.

Por ello, los partidarios de la cristiandad arrinconaron en gran medida la denominada “medicina humoral” de Hipócrates o Galeno y retrocedieron a la visión primitiva que interpretaba que toda enfermedad era fruto de un castigo divino por el cual el o la creyente tenía que hacer penitencia y aceptar su situación. Esta forma de expiación (entendida como una recomposición del orden atacado) fue una idea muy común tal y como Agustín de Hipona representó en sus *Confesiones* a finales del siglo IV:

¿Quién puede contar tus alabanzas, aunque sea las que uno solo ha experimentado en sí mismo? ¿Qué hiciste entonces, Dios mío, y cuán impenetrable es el abismo de tus juicios? Porque, estando él enfermo con fiebre, permaneció postrado durante bastante tiempo sin sentido, bañado en un sudor de muerte, y como se había perdido la esperanza de salvarle, se le bautizó sin que él lo supiera, cosa que a mí no me importó, presumiendo que su alma retendría mejor lo que había recibido de mí que lo que se hacía en su cuerpo sin él saberlo. (San Agustín, [397/398]2000, p.92)

En consecuencia, los años posteriores, las personas que padecían de un mal fueron tratadas por los monjes bajo oraciones, penitencias o exorcismos (Calder, [1958]1965, p.113). No obstante, como si de hechos recientes se tratase, a medida que la Edad Media avanzó, grandes crisis sanitarias requirieron de medidas más amplias.

Por citar una, destacamos la pandemia de la lepra en los siglos XII-XIII donde más que ninguna otra enfermedad evidenció visualmente que el mal era “una podredumbre cadavérica”. Las supuraciones, carnes degradadas o deformaciones exteriorizaron ese “mal” que en el Antiguo Egipto, recordemos, se creía que descomponían al ser humano por dentro (Vigarello, [1993/1999]2006, p.16).

Como respuesta, las medidas de higiene pública aplicadas resultaron ser el rechazo, el aislamiento, incluso la exclusión de las y los “apestados”, siendo ejemplos de ello el *Reglamento de leprosería de Lille de 1239* que prohibía el acceso a la ciudad o el de Périgueux de 1217 que autorizaba tan solo atravesarlas, pero no quedarse en ellas (Vigarello, [1993/1999]2006, p.17).

Décadas después, entre 1346 y 1353 y a causa del feudalismo europeo, la expansión urbana o las largas rutas comerciales, la peste se expandió en Europa, el norte de África, Oriente Medio o Asia Occidental (Molano Camargo, 2020, p.18). Y es que, pese a haber ya indicios de la peste del siglo VI al VIII, esta afectó a Europa con una propagación incontrolable en 1347. Como respuesta, se optó entre dos salidas: 1) la piedad colectiva fundamentada en la fe; o 2) la huida que el propio Consejo de la Sorbona defendió cuando la peste comenzó a invadir París en 1348 (Vigarello, [1993/1999]2006, p.62).

Aun así, siguieron siendo predominantes la medicina humoral con raíces hipocráticas y galénicas que ya hemos citado (y perduraron hasta la aparición de la teoría bacteriana

en el siglo XIX) y la teoría miasmática, que entendía la enfermedad como el resultado del medio ambiente y la actividad humana. Como muestra, esta última relacionaba el mal con los cambios estacionales, la posición y la órbita de los planetas, las mareas o la acumulación de cuerpos en descomposición (Molano Camargo, 2020, p.22).

De este modo, los médicos recomendaron como respuesta a la peste la limpieza de las ciudades, alejarse de ellas o tomar líquidos o baños fríos en caso de fiebre. Mientras que el propio Consejo de la Sorbona, a petición del rey Felipe VI de Valois, entregó un informe donde explicaban que las causas de esta enfermedad se debían a una alineación catastrófica de Saturno, Júpiter y Marte en 1345 (Molano Camargo, 2020, pp.22-23).

Posteriormente, con la sífilis a finales del siglo XV, las infecciones, aparte de estar ligadas a la naturaleza, se interpretaron como una “semilla” que cada persona tenía en su interior. En su día se dijo que la sífilis era de origen venéreo, por lo que, en lugar de excluir se optó por el aislamiento y el confinamiento. Por ello, se fue fundamentando una lógica político-médica basada en lugares de reclusión como el de *Saint-Germain* en 1497 o *les Petites Maisons* en 1557 (Vigarello, [1993/1999]2006, p.72).

En suma, fue precisamente en el siglo XVII cuando a esa reclusión hospitalaria se le sumó “la búsqueda y pesquisa de las casas infectadas por la enfermedad contagiosa y de advertir a diario a los comisarios de barrio” (Vigarello, [1993/1999]2006, p.151). Además, la medicina adquirió una apariencia científica con el Renacimiento (donde comenzó el declive del modelo feudalista), siendo destacable, a lo sumo, el papel del autor de *Cogito ergo sum* [pienso, luego existo].

A través de René Descartes, filósofo, físico y matemático francés, se dio comienzo a la reconstrucción de “una representación material de la salud” (Polack, [1971]1974, p.21). El organismo humano se separó del alma y comenzó a compararse con una máquina, convirtiendo la enfermedad, a su vez, en los fallos que dañaban el engranaje y afectaban a su funcionamiento (Calder, [1958]1965, p.165). En palabras de Descartes:

[...] la muerte no llega nunca por la falta de alma, sino solamente porque alguna de las partes principales del cuerpo se corrompe; y juzguemos que el cuerpo de un hombre vivo difiere tanto del de un hombre/muerto como difiere un reloj, u otro autómatas [...]
(Descartes, [1649]1997, pp.61-62)

Desde entonces, en el siglo XVII se fundaron las Academias y las Sociedades que impulsaban la investigación científica, destacando el triunfo de la experimentación (Folch Jou, 1957, pp.221-222). El empirismo y el racionalismo adquirieron protagonismo y surgieron de estas las primeras revistas científicas centradas en los sucesos naturales y no en los milagros religiosos (Gómez Caamaño, 1970, p.142).

Finalmente, con la Ilustración, que recordemos que marcaría los primeros pasos de la política e ideología moderna, se “liberó a los seres humanos” del tradicionalismo medieval (Hobsbawm, [1962]2009, pp.28-29). Si lo que les unía ideológicamente a todas y todos fue la fe religiosa, conforme surge la modernidad “Dios muere” (supuestamente) y es en este momento cuando el papel de adhesión lo adquiere la razón. El pensamiento abstracto y la deducción se convierten en autoridad intelectual y moral suprema (Capella, [1997]2008, pp.132-134).

Con pandemias como la peste, los médicos científicos cobraron importancia y pasaron de la “escucha y entrega de manos, ojos y olfatos” a una analítica más avanzada con conocimientos en anatomía, farmacología y cirugía (García Hernández, 1993, pp.100-101). No obstante, como pudimos resumir en todo este recorrido, estos se encontraban a los servicios de una minoría como los emperadores, sacerdotes, jefes y aristócratas (Moraga y Valdizán, 1979, p.31). La medicina científica era un servicio de pago al que tan solo podían acceder aquellas y aquellos que podían pagarlo.

Tal y como señalaba García Hernández: “el médico de chaqueta y chistera [...] se volcaba con mimo sobre enfermos resguardados en habitaciones calentitas y en camas confortables, les prescribía el medicamento que debían comprar, la dieta [...]” (1993, p.101). En consecuencia, las familias que no pertenecían a estas élites tan solo tenían contacto con las y los curanderos y la milenaria medicina popular.

1.1.3. La medicina social de los siglos XVIII-XIX

No obstante, con el “capitalismo mercantil” o “manufacturero” (el embrión del capitalismo), se dio inicio a la acumulación de riqueza y extensión del comercio que cambiaría por completo la concepción de la salud (Beaud, [1981]1984, p.31). La función de la profesión médica se extendió a un nuevo terreno más allá de la reciente ampliación a la limitación de epidemias o control de contagios (Polack, [1971]1974, p.15).

Con el paso de la fe a la razón o de la mística a un científicismo, aparece una “nueva medicina” donde se produce un nuevo conocimiento sobre las personas enfermas: el discurso racional vuelve a la enfermedad en una especialización institucional (Foucault, [1963]2001, pp.40-41). A esta se la conoce como *medicina social*, y lejos de tener una concepción individual como “medicina de la modernidad”, toma como fundamento “cierta tecnología del cuerpo social” (Foucault, [1974]1999, p.365).

Dicho de otra manera, la salud y la enfermedad entran en previsiones, cálculos y tareas estatales que se intentan regular a través de políticas de salud (el punto de cruce de una nueva economía de la asistencia y una gestión del cuerpo social) (Foucault, [1979]2012, p.217). A continuación, intentaremos describir esta tesis a través de un breve análisis histórico de los siglos XVIII y XIX y transitar por algunas de las medidas características que se adoptaron en países como Alemania, Francia o Inglaterra.

En primer término, el análisis que realiza Foucault inicia con la *Medicina de Estado* en Alemania durante el siglo XVIII. Si recordamos la distinción que hacíamos entre que en Inglaterra se definieron los elementos de la economía y en Francia la política de la Modernidad, en Alemania se formó desde el siglo XVII su marco filosófico. Así, se comenzó por construir el marco de la *ciencia del Estado*, un espacio donde el objeto del saber era el Estado, relacionándolo no tan solo con los recursos naturales o las condiciones de su población, sino también con “el funcionamiento general de la maquinaria política” (Foucault, [1974]1999, p.366).

Así, más allá de las preocupaciones pandémicas, entre los siglos XVI y XVII, debemos situarnos en la expansión del comercio internacional iniciado en América. Un proceso que tras el saqueo de españoles, portugueses, franceses o ingleses, se expandiría al Caribe o a Oriente donde compañías oficiales francesas (*Compagnie française des Indes orientales*), inglesas (*East India Company*) y holandesas (*Vereenigde Oostindische Compagnie*) dominaron el comercio (Fontana, 2019, p.10).

En este marco, en plena época mercantilista, los países occidentales se preocuparon por la salud de la población con el objetivo de aumentar la producción y la población activa para favorecer los intercambios comerciales. Así, países como Austria, Francia o Inglaterra optaron por evaluar la fuerza activa de su población con estadísticas de natalidad y mortalidad o censos de población.

En cambio, ninguno de ellos puede compararse con la intervención de políticas destinadas a elevar el nivel de la salud que aplicó Alemania. En este país, en pleno siglo XVIII (concretamente en el año 1764), se comenzó a utilizar el concepto de “policía médica” (*medizinnischepolizei*)⁸. Un conjunto de teorías basadas en las doctrinas filosóficas y políticas de la ciencia policial que, aplicadas a la esfera de la salud colectiva, supuso que los profesionales médicos, aparte de tratar a las personas enfermas, tuvieran que supervisar también la salud de la población.

Como sus principales elementos destacaron los siguientes: que las evaluaciones estadísticas más allá de simples tasas de natalidad y mortalidad también contaban con la información de los hospitales, de diferentes profesionales médicos de las regiones o el registro del Estado; el control por parte del Estado de los programas de enseñanza de medicina y la normalización de su práctica; la constitución de funcionarios médicos que se responsabilizarían de una determinada región; o la organización administrativa para poder controlar este ejercicio (Foucault, [1974]1999, pp.369-370).

En la segunda etapa de esta medicina social (volveremos a Alemania al final de este apartado) destaca la importancia que tuvo en Francia a finales del siglo XVIII la medicina en la urbanización y la expansión de las ciudades (y no en la estructura estatal) (Foucault, [1974]1999, p.371). La medicina tuvo un papel importante perfeccionando los métodos de vigilancia y hospitalización de la lógica de cuarentena de los siglos XVI y XVII (Foucault, [1974]1999, p.375).

Así, con esta *Medicina urbana*, la medicina vuelve a tener mayor protagonismo en las responsabilidades político-administrativas (Jori, 2013, p.130). La sociedad del capitalismo industrial, que trae consigo el crecimiento de las ciudades, exige dar solución a problemas urbanos (como el control y la circulación del aire, el agua o la organización de pozos y desagües). Por lo tanto, aparece una nueva disciplina, el urbanismo, que tendría un papel importante en las ya citadas tareas de la “ciencia de policía” (Jori, 2013, p.131)⁹.

Por señalar un caso concreto que tiene relación con esta última etapa, destacan las *Reglas sobre la policía de la salud pública que se han de observar por la Suprema Junta de Gobierno de Medicina* dictadas en 1796 en el Estado español. En ellas se regularon como problemas sanitarios de mayor preocupación:

⁸ “[...] el concepto que se refiere a las teorías, políticas y aplicaciones originadas con los fundamentos políticos y sociales del Estado absolutista y mercantilista alemán de los siglos XVII y XVIII, para ser aplicados en la esfera de la salud y del bienestar con el fin de asegurar tanto al Estado como al monarca crecientes riquezas y poder.” ROSEN, G. ([1974]2005). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México D.F.: Siglo XXI. pp.161-162.

⁹ Entendida esta ciencia en aquella época como el “buen orden que se observa y guarda en las ciudades y repúblicas, cumpliendo las leyes y ordenanzas establecidas para su mejor gobierno”. RAE (1780). *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, reducido a un tomo para su más fácil uso*. Madrid: D. Joaquín Iborra. p.735.

- 1) la pureza del aire;
- 2) los cementerios y formas de enterrar;
- 3) la ubicación de las fábricas y manufacturas insalubres;
- 4) la localización y condiciones de los edificios públicos;
- 5) la práctica de la inoculación contra la viruela;
- 6) la vigilancia de la calidad de las bebidas y alimentos; o
- 7) el control de los establecimientos dedicados a la venta y almacenamiento de bebidas y alimentos (Jori, 2013, p.136).

Sin embargo, para tener una imagen más clara de esta evolución y presentar la tercera y última etapa señalada por Foucault (la *Medicina de la fuerza de trabajo*), vemos conveniente detenernos en la situación de Inglaterra antes y durante los siglos XVIII y XIX. Y es que, como indicábamos al inicio del capítulo, la economía del siglo XIX estaría marcada por la influencia de la Revolución Industrial británica. Una revolución que surge con la entrada de la máquina-herramienta en el proceso de producción (Harnecker, [1969]1972, p.47)¹⁰. Introducción que, cabe añadir, será importante para comprender las condiciones de la clase trabajadora y sus exigencias sanitarias y como veremos en próximos capítulos, por su relevancia en la transformación de la industria química.

De manera previa cabe recordar que en el modelo de producción feudal la población era mayoritariamente rural, de producción agrícola y tenían los intercambios restringidos (imperaba el autoabastecimiento). Así, gran parte de la renta era tributada al clero, la nobleza y el Estado Real (Beaud, [1981]1984, p.31).

En cambio, gracias a la época moderna iniciada con la circunnavegación de África y la conquista de América, el Mercado fue construyéndose poco a poco alterando la lógica de una producción directa para los medios de vida familiares y personales a una producción donde el acceso a esos medios requerían de un intercambio de dinero (Capella, [1997]2008, p.129).

En esta línea, la población aumentó junto a la demanda de alimentos básicos entre 1740-1750 y 1785-1795, incrementándose el precio de estos en un 76% en estas fechas en Inglaterra. En este aspecto, los grandes propietarios decidieron extender el cultivo a las tierras comunales de estas familias rurales. Los terratenientes, legitimados por las *Enclosure Acts*, cercaron y privatizaron estas tierras privando a las y los agricultores de los recursos necesarios para mantener su vida. Entre 1750-1820, un 30% de toda la tierra agrícola fue “cerrada” provocando el abandono del cultivo por parte de muchas familias y su proletarianización¹¹ (Fontana, 2019, pp.49-50).

¹⁰ Afirmación hecha en su origen por Marx que indicó en el Libro Primero de El Capital que la Revolución Industrial arrancó cuando se dio el paso de una industria artesana o manufacturera a una industria mecanizada. En este sentido la máquina herramienta es el tercer componente de cualquier maquinaria (junto al mecanismo motor y el mecanismo de transmisión) y es considerada como “un mecanismo que, una vez que se le transmite movimiento correspondiente, efectúa con sus herramientas las mismas operaciones que antes efectuaba el obrero con herramientas análoga”. MARX, K. ([1867]2021). *El Capital: crítica de la economía política. Libro primero: el proceso de producción del capital*. Madrid: Siglo XXI. pp.449-450.

¹¹ Entendiendo por *proletariado*, según Marx, aquellos que desprovistos de capital y de rentas de la tierra viven solo de su trabajo, un trabajo unilateral y abstracto. MARX, K. ([1844]1969). *Manuscritos: economía y filosofía*. Madrid: Alianza. p.59.

Por lo tanto, en el Siglo de las Luces (donde se quebró el sistema feudal y las monarquías absolutas), tras la importancia de Holanda en el capitalismo mercantil del siglo XVII y tras los idearios de la libertad y el liberalismo, los intercambios mercantiles se ampliaron (en especial, el comercio mundial), los precios se incrementaron y la riqueza se multiplicó mientras que la pobreza se agravó (Beaud, [1981]1984, p.57).

En este sentido, el hilado adquirió importancia y pasó de ser una operación doméstica llevada por las mujeres y las hijas a una gran industria del algodón que puso en práctica la denominada “mecanización del proceso de producción” (Kriedte, [1980]1987, p.185). Por tanto, como sostenía Fontana (2019, p.24), se dio inicio a la primera Revolución Industrial a través del crecimiento interno (y el apoyo del mercado exterior) y no por las “sociedades de sabios” que aparecieron en el siglo XVII.

Así, el progreso tecnológico industrial o el inicio de la introducción de la máquina-herramienta en la producción responde a los avances realizados, por ejemplo, por Hargreaves en 1764 con la *jenny*, el torno de hilar que toma el nombre de su esposa y fue utilizado por primera vez en la industria doméstica (Fontana, 2019, p.24). En este aspecto, tras avances y evoluciones posteriores con el uso de la fuerza hidráulica (con la *waterframe*) o el *mule* 1797 (una combinación de los dos), la condición de las y los trabajadores cambió¹², posibilitando la fabricación de mayores cantidades de hilo (Engels, [1845]1974, p.28; Kriedte, [1980]1987, p.185).

La fábrica que apareció vinculada a los tejidos de seda en 1720 se adaptó a la producción textil algodónera y comenzó a introducir esta tecnología de hilado. El sistema de fábricas del que surgiría el “capitalismo industrial” o el Capitalismo propiamente dicho había comenzado¹³. La producción mecánica se impondría al trabajo manual y gracias a posteriores inventos como la *throstle spinning frame* (máquina para hilar algodón) el precio de las manufacturas disminuyó, emergiendo de esta forma la industria y el comercio (Engels, [1845]1974, p.30).

Sin embargo, esta industria no nació por motivos de eficiencia tecnológica sino para poder asegurar por el patrón “el control sobre la fuerza de trabajo y facilitarle la obtención de un mayor excedente” (Fontana, 2019, p.141). Así, mientras que los antiguos patronos pasaron a ser grandes capitalistas, las y los trabajadores se transformaron en obreras y obreros (Engels, [1845]1974, p.38). Como sostiene Harnecker ([1969]1972, p.48), los ejes de la producción se volvieron independientes de la fuerza humana, transformando el sometimiento “formal” del trabajo al capital a un sometimiento “real”:

[...] el capitalista es al mismo tiempo el propietario y el que controla y dirige (personalmente o a través de sus representantes) el proceso de producción global. El trabajador individual se encuentra, por otro lado, totalmente *separado* de los medios de producción: no es su propietario ni tampoco los controla y por ello se encuentra totalmente sometido al capital social y técnicamente. (Harnecker, [1969]1972, p.49)

¹² “En la manufactura y el artesanado el trabajador se sirve de la herramienta; en la fábrica, sirve a la máquina. Allí parte de él el movimiento del medio de trabajo; aquí, es él quien tiene que seguir el movimiento de este. En la manufactura los obreros son miembros de un mecanismo vivo. En la fábrica existe un mecanismo inanimado independiente de ellos, al que son incorporados como apéndices vivientes”. MARX, K. ([1867]2021). op. cit. p.503.

¹³ Entendiendo el capital como la “relación social de dominación por la extorsión de la plusvalía” y el capitalismo “una lógica actuando a través de un modo de producción: lógica ciega, obstinada, de acumulación”. BEAUD, M. ([1981]1984). *Historia del Capitalismo: de 1500 a nuestros días*. Barcelona: Editorial Ariel. pp.54/161.

En este contexto, con la figura de las y los médicos regulada y subordinada, las ciudades se volvieron en foco de atención para evitar la propagación de enfermedades. Y es que destaca, si volvemos a recordar las preocupaciones sanitarias dadas por el ordenamiento de 1796 en el Estado español (pureza del aire, condiciones de los edificios, ubicación de fábricas, formas de enterrar, etc.), que prácticamente en cualquier país europeo las condiciones de las grandes ciudades y las enfermedades tenían relación con el gran hacinamiento y la falta de higiene que había en ellas. Por ejemplo, Engels hacia la siguiente descripción del barrio londinense de Ravenrookery, St. Giles:

Es un amontonamiento desordenado de casas altas, de tres o cuatro pisos, con calles estrechas y sucias, curvas, en las cuales el movimiento es tan grande como en las principales calles de la ciudad, con la única diferencia que en St. Giles se ven solo personas de la clase obrera. En las calles está el mercado; cestos de verdura y fruta, naturalmente todas de mala calidad, apenas aprovechables, restringen aún más el paso, y de ellas, como de los puestos de los vendedores de carne, emana un olor horrible. Las casas están habitadas desde el sótano hasta el desván, sucias por fuera y por dentro, hasta el punto de que por su aspecto parecería imposible que los hombres pudieran habitarlas. Y todavía esto no es nada, frente a las habitaciones que se ven en los patios estrechos, y en las callejuelas dentro de las calles, a las que se llega por pasajes cubiertos, entre las casas, y en la que la suciedad y el estado ruinoso de las fábricas supera toda descripción; no se ve casi ningún vidrio en las ventanas, las paredes están rotas, las puertas y las vidrieras destrozadas y arrancadas, las puertas exteriores sostenidas por viejos herrajes o faltan del todo; aquí, en este barrio de ladrones, las puertas no son de ningún modo necesarias, al no haber nada para robar. Montones de suciedad y de ceniza se encuentran a cada paso, y todos los desechos líquidos echados en las puertas se acumulan en fétidas cloacas. Aquí habitan los pobres entre los pobres; los trabajadores peor pagados, con los ladrones; los explotadores y las víctimas de la prostitución, ligados entre sí; en su mayor parte son irlandeses o descendientes de irlandeses, que todavía no se han sumergido en la vorágine de la corrupción moral que los rodea, pero que cada día descienden más bajo y pierden la fuerza de resistir a la influencia desmoralizadora de la miseria, de la suciedad y de los compañeros disolutos. (Engels, [1845]1974, pp.47-48)

Una imagen parecida al realismo mostrado en la obra de Dickens donde en *Tiempos difíciles* (1854) describía la ciudad ficticia de Coketown como un lugar de humo, cenizas, suciedad y oscuridad. Una situación que fue reflejada, incluso, en la descripción dada al comienzo de otra de sus obras, *Casa desolada* (1853):

Hay tanto barro en las calles que parece como si las aguas acabasen de retirarse nuevamente de la faz de la Tierra. [...] El humo desciende de las chimeneas formando una suave llovizna negra, como enlutada por la muerte del sol, con volutas de hollín del tamaño de los copos de nieve. Los perros no se distinguen, de tan embarrados como están. Los caballos se ven escasamente mejor, pues las salpicaduras les llegan casi hasta el lomo. Los peatones entrechocan sus paraguas, en un contagio general de mal humor, y resbalan en las esquinas, donde decenas de millares de peatones se han escurrido y han resbalado desde el amanecer, si puede decirse que amaneció, añadiendo más barro a las capas que en esos puntos se han pegado tenazmente al suelo, acumulándose al ritmo del interés compuesto. (Dickens, [1853]2007, p.11)

Y es que en sus obras, aparte de describir el capitalismo industrial y sus repercusiones en las ciudades, Dickens también reflejó las relaciones entre obreros y capitalistas responsabilizando a la burguesía de los males de la época y dejando en evidencia las diferencias existentes entre las clases sociales¹⁴.

¹⁴ Un análisis de esta crítica social puede encontrarse en el trabajo realizado por Terenziani a la obra de *Tiempos Difíciles*, donde a medida que analiza su contenido, señala los rasgos característicos de la burguesía de la época fundamentándose también en las descripciones dadas por Erick Hobsbawm. TEREZIANI, N.A. (2017). *Aut Tiempos Difíciles*. Los <<<

Un reflejo de estas condiciones también la podemos encontrar en la denuncia que William Godwin (político y escritor británico, marido de la escritora feminista Mary Wollstonecraft¹⁵ y padre de Mary Shelley, autora de *Frankenstein o el moderno Prometeo* en 1823) hizo sobre la riqueza desde Inglaterra, afirmando que esta podría interpretarse como el dominio de la industria (la fuerza de trabajo manual) sobre las y los obreros:

Toda riqueza, en la sociedad civilizada, es producto de la humana industria. Ser rico es, esencialmente, poseer una patente que autoriza a un hombre a disponer del producto de la industria de otro hombre [...]. La parte dominante y gobernante de la comunidad es como el león cazando con los animales más débiles. El propietario del suelo toma, primero, una parte desproporcionada del producto, el capitalista le sigue y se muestra igualmente voraz. [...] No existe casi especie alguna de riqueza, de gasto o de lujo en una sociedad civilizada que no proceda expresamente del trabajo manual [...]. Cualquier hombre puede calcular, a cada vaso de vino que bebe, a cada ornamento que pone sobre su persona, cuántos individuos han sido condenados a la esclavitud y al sudor, a una incesante tarea, a una insuficiente nutrición, a una labor sin tregua, a una deplorable ignorancia y a una brutal insensibilidad, para que él pueda ponerse tales objetos de lujo [...]. La propiedad es producida por el trabajo cotidiano de los hombres que ahora existen. Todo cuanto sus antecesores llegaron a los poseedores de hoy, es una enmohecida patente que exhiben como un derecho a arrebatar a su prójimo lo que su prójimo produce. [traducción de Beaud, [1981]1984, pp.105-106] (Godwin, [1793]1796, pp.427-428)

Un contexto que concuerda con la situación descrita por los médicos franceses Ange Guépin y Charles Eugène Bonamy en 1835:

Para él, vivir es no morir. Más allá del mendrugo de pan que debe nutrirle a él y a su familia, más allá de la botella de vino que debe arrancarle un instante de la conciencia de sus dolores, no pretende nada, no espera nada [...]. El proletario entra en su miserable habitación donde el viento silba a través de las rendijas y tras haber sudado en el trabajo después de una jornada de catorce horas no se cambia de ropa al regresar porque no tiene. [traducción de Beaud, [1981]1984, pp.127-128] (Guépin y Bonamy, 1835, pp.451/484)

Es decir, las condiciones de las y los obreros estaban basadas en la supervivencia diaria de su miseria y su incertidumbre. Como Engels describía con acierto, era preferible vivir hacinados o en un establo de cerdos que quedarse sin refugio; era preferible unos harapos antes que quedarse sin vestimenta; era preferible un salario medio y mediocre que quedarse en la calle y morir. El obrero no esperaba nada más que ese “bocadito” que siempre era mejor que nada (Engels, [1845]1974, p.91).

Dicho lo cual, pese a fomentarse políticas de salud pública en las ciudades, las condiciones laborales de carga excesiva e insalubres siguieron siendo notorias. Recuperado por Polack ([1971]1974, p.33-34), Thackrah, un médico de Leeds, narraba lo siguiente tras un estudio sobre las enfermedades en la clase obrera:

[...] cada día entregamos como sacrificio a esta sociedad artificial una y hasta dos víctimas que su destino natural pudo haber economizado.

sentimientos, valores e ideas de la burguesía inglesa del siglo XIX. Entre Charles Dickens y Erick Hobsbawm. XVI Jornadas Interescuelas. Mar del Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata.

¹⁵ Conocida por ser una de las referencias en la primera ola feminista y enfrentarse a Rousseau y la exclusión política de las mujeres del ámbito público que, según la visión tradicional, correspondía tan solo a los hombres. Véase: WOLLSTONECRAFT, M. ([1792]2005). *Vindicación de los derechos de la mujer*. Madrid: Istmo.

La destrucción de 450 personas, año tras año, en las afueras de Leeds, no puede ser considerada por una mirada atenta como un incidente insignificante. La salud vacilante y la decadencia prematura, física y mental, de las nueve decenas de supervivientes, no puede quedar como simple objeto de nuestra indiferencia. No es que la ciudad de Leeds o la encuesta nos aporten unos resultados tan penosos. Sin hablar de Londres y de los puertos marítimos, podemos demostrar que Sheffield, Manchester y Birmingham, todas nuestras ciudades industriales, alcanzan un índice de mortandad análogo, e incluso superior; este índice va creciendo con el crecimiento de la población local. Sí formulásemos la hipótesis de que 50.000 personas mueren en Gran Bretaña por los efectos de las manufacturas y los empleos civiles, estoy seguro de que nuestra estimación sería inferior a la realidad. ¿Podemos contemplar pasivamente esta mortandad superflua, esta pérdida enorme de vidas humanas? (Thackrah, [1831]1832, pp.5-6)

En este contexto es donde Foucault sitúa el nacimiento de la *medicina moderna*. Un nuevo conocimiento sobre la persona enferma donde el discurso racional se impone a la metafísica del mal (Foucault, [1963]2001, pp.40-41). Una medicina que con el capitalismo, no defiende el individualismo, sino “cierta tecnología del cuerpo social”, siendo la *biopolítica*¹⁶ el núcleo de todo: “el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, [1974]1999, pp.365-366).

De este modo, aparece en la Inglaterra del siglo XIX una *Medicina de la fuerza de trabajo* enfocada en las personas que vivían en la pobreza y en la miseria. Y es que, cabe matizar que hasta el siglo XIX este sector de la población no fue considerada “fuente de peligro médico” porque, entre otros motivos, desempeñaban una serie de tareas que solo ellas y ellos eran aptos de realizar como conocer casi todos los recovecos de la ciudad en un momento donde todavía no se contaba con un servicio postal (Foucault, [1974]1999, p.380).

Por el contrario, esta situación cambió en el siglo XIX debido a tres motivos:

- 1) la capacidad que tuvo la población para revelarse durante la Revolución francesa y las revueltas de comienzos de siglo en Inglaterra;
- 2) la aparición de un sistema postal y un sistema de transporte; y
- 3) la epidemia de cólera de 1832 que generó temores políticos y sanitarios hacia el proletariado (Foucault, [1974]1999, pp.380-381).

En este aspecto de la Revolución Industrial, con el giro de la agricultura a la industria, el aumento de los servicios y la población en las ciudades, las medidas de urbanismo e higiene o el poder de la clase burguesa, la población pobre fue parcialmente controlada en cuanto se le ofreció asistencia sanitaria a cambio del sometimiento a varios controles médicos (Foucault, [1974]1999, p.381).

Fruto de ello, surge por primera vez una “asistencia fiscalizada” o una intervención médica que satisfacía las necesidades en materia de salud a la que no toda la población podía llegar. Se creó un cordón sanitario entre ricos y pobres donde las dos partes se beneficiaban: la población pobre recibía asistencia gratuita y la rica se libraba del riesgo que podría suponer esta población en la transmisión de enfermedades.

¹⁶ La biopolítica es la lógica que gracias al biopoder “hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida”. Es decir, una gestión que lejos del poder soberano de la Edad Media y la preocupación por el territorio, administra la vida y la población dentro de un contexto capitalista con el objetivo de conseguir la capacidad de producción y reproducción social. FOUCAULT, M. ([1976]2007). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber*. México D.F.: Siglo XXI. p.173.

En cambio, este sistema evolucionó con el cirujano y reformador sanitario John Simon que ocupó el cargo de *Officer of Health* en la ciudad de Londres entre 1848-1855 y colaboró en los sistemas *Health Service* de 1875 que tuvieron la función controlar la vacunación, organizar el registro de epidemias, localizar lugares insalubres y destruirlos si era necesario (Foucault, [1974]1999, p.382)¹⁷.

Por esta razón, Foucault atribuyó estos fenómenos de reacción y las resistencias populares de mitad del siglo XIX a este tipo de políticas de control (Foucault, [1974]1999, p.383). Sin embargo, estas revueltas pueden ir unidas, más bien, con el denominado “despertar de la conciencia de clase” donde, en palabras de Thompson ([1979]1984, p.37), frente a la situación normalizada de sobrevivir en ciertas condiciones, la propia clase comenzó a tener conciencia de sí misma.

Por ejemplo, en la Alemania del canciller Otto von Bismarck, mientras la industrialización se hacía más fuerte, la urbanización y la población crecía y el proletariado era mucho mayor (con su precariedad, hacinamientos, enfermedades o riesgos laborales), la población obrera comenzó a organizarse (en 1848 se fundó la Fraternidad Obrera Alemana y en 1863 la Asociación General de Trabajadores Alemanes) exigiendo derechos y condiciones dignas que cubrieran las necesidades de las que carecían (Diederichs, Klotmann y Schwartz, 2008, p.547)¹⁸.

Tras la unificación de Alemania en 1871, el gobierno decidió apostar por una política social nacional. Así, tres leyes formaron la base del sistema de seguridad social alemán; 1) el seguro de salud de las y los trabajadores (1883), que protegía la pérdida temporal de ingresos a causa de padecimientos; 2) el seguro de accidentes (1884) centrado en las y los trabajadores lesionados y en la vejez; y 3) el seguro de invalidez (1889) (Diederichs, Klotmann y Schwartz, 2008, p.548).

Como señala Parcet (2011, p.786), Bismarck inició con estos seguros “la política del palo y la zanahoria” anunciando medidas en materia de seguridad social. Todo con una ideología paternalista hacia la pobreza que tenía la finalidad de realizar reformas sociales “desde arriba” para evitar los alzamientos y las imposiciones de “las y los de abajo”. Y es que se señala que el motivo principal de este intervencionismo estatal en materia sanitaria se debe a una motivación política: frenar la popularidad de los partidos socialistas¹⁹.

¹⁷ En el Libro Tercero de El Capital, póstumo a Marx como el segundo, se cita su figura y su trabajo en torno a las consecuencias que tenía para las y los obreros la concentración masiva en el mismo taller para su salud. Simon, alertó en el *Public Health, 6th Report* de 1863 del aumento de mortalidad en los distritos donde vivía esta población a causa de enfermedades pulmonares: “[...] en todos los distritos en los que hay una industria importante que funciona en locales cerrados, el aumento de la mortalidad de esos obreros es suficiente para dar un tinte especial a la estadística de mortalidad de todo el distrito: el exceso de enfermedades pulmonares”. MARX, K. ([1894]2021). *El Capital: crítica de la economía política. Libro Tercero: el proceso global de la producción capitalista*. Madrid: Siglo XXI. p.107.

¹⁸ Como menciona Capella, 1848 marcó un punto de inflexión histórica ya que las y los trabajadores dejaron de ser una “masa de maniobra” manejada por la burguesía para llegar a tener la oportunidad de poder perseguir sus propios objetivos. CAPELLA, J.R. ([1997]2008). *Fruta prohibida: una aproximación histórico-teorética al estudio del derecho y del estado*. Madrid: Trotta. p.36.

¹⁹ En suma, hay quienes adhieren propósitos nacionalistas centrados en cuidar la salud de las niñas y niños para que en un futuro pudieran ejercer en el mundo laboral o como soldados. <<<

En 1884 se crearon las denominadas “cajas para enfermos”, un modelo de seguro médico unificado y centralizado que se expandió a Austria (1886), Hungría (1891), Luxemburgo (1901), Noruega (1909) o Suiza (1911) (Laín Entralgo, 1978, p.542). En cambio, estas medidas no eran una novedad ya que sus políticas de bienestar estaban basadas en tradiciones y estructuras preexistentes (Busse *et al.*, 2017, p.883).

Por ejemplo, en el Ducado de Nassau se contó hasta 1861 con un sistema de servicios médicos operados por las y los facultativos, situación parecida a la de los trabajadores de las minas y, desde 1869, a la población de algunas comunidades de Baden, Baviera y Württemberg (Lema Añón, 2012, p.30)²⁰.

Sin embargo, cabe recalcar que estos seguros alemanes no cubrieron en un principio a una gran parte de la ciudadanía. Según datos de 1885, la población asegurada por una de las 18.776 cajas era del 10%. Una cobertura casi exclusiva a los denominados *blue-collar workers*²¹ que posteriormente, en 1914, se vio generalizada y llegó a triplicarse (Busse *et al.*, 2017, p.883).

El *modelo de seguridad social*, conocido como “Modelo Bismarck”, se fundamenta desde entonces en cuatro características principales:

- 1) el Estado es quien se encarga de garantizar las prestaciones mediante cuotas obligatorias;
- 2) se garantiza la asistencia solo a las y los trabajadores que pagan el seguro obligatorio, destinando las redes de beneficencia a las personas que no cotizan;
- 3) las y los profesionales son retribuidos mediante acto médico y las instituciones hospitalarias reciben un presupuesto global; y
- 4) el Estado controla la red de salud pública y es considerada la autoridad sanitaria (Palomo, 2019, p.30).

TULCHINSKY, T. (2018). Chapter 8: Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. En, *Case Studies in Public Health*, (pp.131-179). Cambridge: Academic Press. p.141.

²⁰ En el mismo sentido, por poner un ejemplo previo y fuera del ámbito alemán, uno de los primeros sistemas de asistencia médica para las personas obreras fue la creada por la compañía Saint-Gobain en Inglaterra alrededor de 1770. Las y los obreros, a través de la presión, obligaron a los maestros sastres de Londres y Westminster tomar estas medidas frente a las fatigas y muertes precoces que sucedían a causa del trabajo.

En respuesta, los maestros se comprometieron a socorrer a los obreros enfermos y sustentar a las personas lisiadas y más ancianas: pagaron seis chelines y seis peniques por semana en los seis primeros meses de enfermedad; cinco chelines y tres peniques, durante los meses siguientes, y; tres chelines y seis peniques para las personas que quedaran impedidas.

En cambio, estas últimas son diferentes al sistema de cajas alemán ya que la mediación entre los derechos del obrero y del patrón ya no eran privadas, sino públicas. Además, el Estado se responsabilizaba y la culpabilidad o el individualismo por la enfermedad ya no era pretexto para decidir sobre la financiación. Todas las personas aseguradas eran tratadas por aparente igualdad frente a los mismos peligros que pudieran ocurrir. VIGARELLO, G. ([1993/1999]2006). *Lo sano y lo malsano: historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada editores. pp.249/362.

²¹ Término utilizado para referirse a la población obrera y las personas trabajadoras que realizaban tareas manuales. Un colectivo que se situándose en la parte más baja de la jerarquía, tomaban el nombre de la vestimenta habitual que llevaban, un mono azul.

1.1.4. La expansión internacional en el siglo XX

Por sintetizar lo visto hasta ahora, el recorrido que hemos realizado demuestra un tránsito de un mal divino (como interpretaban los primeros documentos historiográficos) a uno biológico que con las epidemias como la peste o la sífilis, impulsó una preocupación más amplia por parte de la administración. Sin embargo, la medicina científica y la medicina popular-tradicional, con sus diferencias, atendieron a distintos sectores de la población; situación que no cambió, hasta el surgimiento de la medicina social donde la salud se comprendió en términos socioeconómicos.

En términos de derechos humanos, el derecho a la salud se *positiviza* (pasa de ser una demanda social a ser a ser configurado como un derecho exigible jurídicamente ante la autoridad estatal) en el siglo XIX gracias a las presiones del movimiento obrero, *generalizándose* (se extiende a más colectividades) conforme avanzaron los años, como en el caso alemán, donde se amplió la cobertura a otros sectores laborales. Sin embargo, la *internacionalización* (la posición en el ámbito del derecho internacional) y la *especificación* (atribución de los derechos a determinados colectivos en las correspondientes normas) las podemos encontrar a inicios del siglo XX (Cornescu, 2009).

La salud fue reconocida por primera vez como derecho interno en las Constituciones o Cartas Magnas de México (1917), la URSS (1918), la República de Weimar (1919) o la Constitución de la Segunda República española (1931). En este último caso, el artículo 46 reconocía que “el trabajo, en sus diversas formas, es una obligación social, y gozará de la protección de las leyes [...] Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte [...]” (Cortes Constituyentes, 1931).

A su vez, los primeros reconocimientos en el derecho internacional se encuentran en la *Carta de Naciones Unidas* de 1945 (art.55) y la posterior *Declaración Universal de Derechos Humanos* de 1948 (art.25.1). Un reconocimiento que se extendería a una amplia lista de declaraciones y normativas internacionales (Tabla 1).

En la misma línea, resulta de gran importancia la Constitución de la OMS acordada en 1946 y que comenzó a ser efectiva en 1948. En esta se define la *salud* como el disfrute del nivel más elevado posible de salud. Un enfoque nuevo y positivo donde la salud se comprende como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). Unos términos diferentes a los reconocidos hasta el momento de manera limitada y negativa (como ausencia de enfermedad).

Al respecto, Germán Velásquez señala la importancia de esta definición ya que permite abordar la salud en relación con los derechos humanos. Es decir, remite a la cuestión de la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos al reconocer una noción comprehensiva de la salud (2014, p.133). Sin embargo, este concepto de la OMS no ha estado exento de críticas ya que la propia concepción de la salud puede llegar a ser más amplia.

Como señala Navarro (1998, p.143), la salud puede que dependa más de las intervenciones económicas, políticas y sociales que de las intervenciones sanitarias. Así, a la concepción clásica e internacional formalizada por la OMS le es añadida la concepción de los *determinantes sociales* que en las últimas décadas han tenido mayor repercusión y lo reflejaremos en los próximos capítulos con distintos estudios.

Tabla 1. La regulación comunitaria e internacional del derecho a la salud

Carta de las Naciones Unidas	1945	Art. 55
Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)	1948	Art. 25.1
Carta Social Europea	1961	Art. 11
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CIEFDR)	1965	Art. 5.e.iv
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	1966	Art. 12
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CETFDICM)	1979	Arts.11.1.f, 12 y 14.2.b
Declaración sobre el Derecho al Desarrollo	1986	Art. 8
Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)	1989	Art. 24
Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares	1990	Arts. 28, 43.1.e. y 45.1.c
Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea	2000	Art. 35
Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	2008	Art. 25

Fuente: elaboración propia.

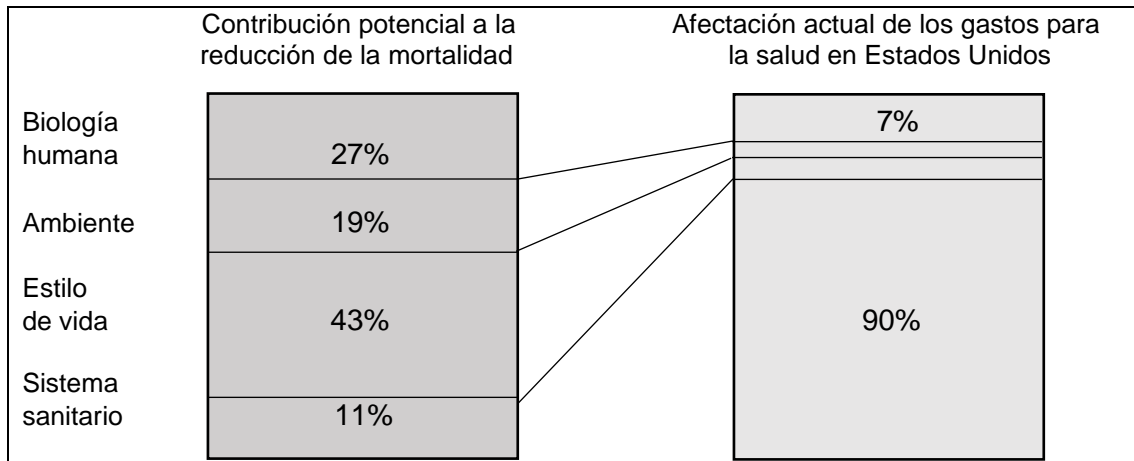
Uno de los primeros ejemplos que demostró estos determinantes fue el informe “*Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses*”, también conocido como Informe Lalonde. En él, después de realizar un estudio epidemiológico de la población canadiense, se establecieron cuatro principales determinantes: 1) los factores biológicos-genéticos; 2) los ambientales y sociolaborales; 3) los estilos de vida; y 4) la calidad y accesibilidad de los sistemas sanitarios (Lalonde, 1974).

Al respecto, el epidemiólogo G. E. Alan Dever realizó en 1976 un estudio en la población estadounidense donde llegó a una conclusión principal: la contribución potencial a la reducción de la mortalidad era derivada en un 63% del medio ambiente y los estilos de vida. Unos factores que tenían en los EE. UU. un porcentaje de gasto inferior al del sistema sanitario que tan solo tenía una contribución potencial del 11% en esa reducción de la mortalidad (Figura 1)²².

A su vez, Linares señala que la OMS incurre en un idealismo utópico en cuanto a que la salud y la enfermedad son dinámicas (y no un “estado”) y el maniqueísmo entre salud-enfermedad, lo bueno y lo malo, no desaparece (al introducir el concepto de “bienestar”) (Linares, 1982, pp.20-21). Un posicionamiento parecido al que tiene Padilla al señalar que la definición es obsoleta y plantea como no saludable aquellos estados que no son “completamente perfectos” (Padilla, 2019, p.17).

²² Estas tesis, sin embargo, no han estado exentas de críticas. Por ejemplo, se señala que han servido de argumento para recortar en salud a ciertos intereses económicos y minusvalorar el impacto del sistema sanitario sobre la salud y la enfermedad. Para mayor análisis véase: LAMATA COTANDA, F. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. *Gaceta Sanitaria*, 8(43), 189-194.

Figura 1. La contribución de los determinantes de salud en la reducción de la mortalidad según Dever (1976)



Fuente: elaboración de GÓMEZ LIÉBANA, J.A. (2017). Capítulo I. De salud. Sanidad y determinantes. En, GÓMEZ LIÉBANA, J. A. (Coord.), *Se vende sanidad pública: todo lo que deberías saber sobre la privatización, pero nadie quiere contarte*, (pp.13-60). Madrid: Los libros de la Catarata. p.40. Basada en DEVER, G.E.A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466. p.465.

Así, las grandes críticas hechas a la definición ya citada de la OMS pueden sintetizarse en tres puntos:

- 1) el carácter absoluto del “completo bienestar” que puede incidir a la medicalización de la sociedad, a tendencias tecnológicas que redefinan las enfermedades o la ampliación de la atención sanitaria a tratar estilos de vida;
- 2) hoy las enfermedades crónicas dominan más que las enfermedades agudas que eran objeto de preocupación en 1948, por lo tanto, estas enfermedades y las discapacidades son excluidas porque no pueden llegar a un “completo bienestar” y plenitud; y
- 3) es inoperable, pese a que la OMS cuente con diferentes sistemas de clasificación de enfermedades, un “estado completo” es impracticable porque no es operacional ni medible (Huber *et al.*, 2011).

Por ello, entre las propuestas de redefinición del concepto de “salud” se ha propuesto que este pase de una dimensión estática a una dinámica. Un concepto basado en la resiliencia o capacidad para afrontar, mantener y/o restaurar la integridad, el equilibrio y el sentido del bienestar (Huber *et al.*, 2011).

1.1.5. El derecho a la salud en la Constitución Española

Por centrar estas interpretaciones en el Estado español (recorreremos la historia de la gestión sanitaria en el apartado 4.1), el derecho a la salud fue reconocido en la CE de 1978 después de las de países como Italia (1947), India (1950), Francia (1958) o Portugal (1976). Aunque, mejor dicho, no podemos hablar de un “derecho a la salud” ya que lo que reconoce el artículo 43.1 es una “protección de la salud”²³.

²³ En este sentido, a lo largo de la tesis apostaremos por el uso del “derecho a la salud” y no por este encuadre de la CE. Como cita Lema Añón, el derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria son dos cosas distintas, la salud no se protege tan solo garantizando el acceso a la <<<

Por añadidura, conforme a su disposición, esta no es entendida como un derecho fundamental. Una posición que conlleva que este derecho no se encuentre en una posición normativa suprema (no está en la sección primera del Capítulo II del Título I), por lo que su regulación se realiza a través de la ley ordinaria y no la orgánica.

No obstante, como considera Monereo Pérez (2019. p.23), este derecho es “un derecho de los derechos” en cuanto a que hay normativas que se preocupan por ello y también, en cuanto a que supone ciertas implicaciones respecto a otros derechos. En lo que respecta al segundo punto, en texto constitucional podríamos señalar que esta “protección de la salud” (art.43.1) se ha relacionado con los preceptos del Capítulo III del Título I (arts.39-52) justificando así su posición en la Constitución.

Por ejemplo, Jiménez de Parga y Cabrera (2004, pp.9-10) señala su vinculación con:

- i) el artículo 40, en su apartado 2 que menciona que los poderes públicos “velarán por la seguridad e higiene en el trabajo” o garantizarán “el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral” y “las vacaciones periódicas retribuidas”;
- ii) el artículo 49 donde “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos”;
- iii) el artículo 50 relativa a las pensiones y la promoción del bienestar a partir de los servicios sociales; o
- iv) el artículo 51.1 donde se garantiza “la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos”.

Por otro lado, esta protección a la salud del artículo 43.1 tiene relación o conexión directa con otros derechos como el derecho a la vida o la integridad física y moral (art.15) o el derecho a la tutela judicial efectiva (art.24.1)²⁴. Mientras que tiene relación mediata u indirecta (no hay un daño o riesgo directo) con el derecho a la igualdad (art. 14) o el derecho de reunión pacífica y sin armas (art. 21) (Santiago Redondo, 2018, p.1348)²⁵.

asistencia. Por tanto, evitando el sesgo que puede generar el optar por esa segunda vía, nos referiremos a este derecho con un derecho a la salud que, en el fondo, tiene la principal debilidad (como veremos) que no puede ser garantizado de una manera “completa” por ningún poder o institución. Situaciones que ocurren en la misma manera, por ejemplo con el derecho a la vida. No se puede prometer una vida eterna ni garantizar una duración concreta. LEMA AÑÓN, C. (2012). *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: historia del derecho a la salud en el siglo XX*. Madrid: Dykinson. pp.15-16.

²⁴ Harían referencia a los “[...] supuestos en los que la conexión con derechos fundamentales se produce por el daño o peligro cierto que sufre la salud en supuestos en los que aquéllos están comprometidos, al punto de poder declararse su lesión ‘por motivos de salud’.” SANTIAGO REDONDO, K. (2018). Artículo 43. En, RODRÍGUEZ-PIÑERO Y BRAVO FERRER, M. y CASAS BAAMONDE, M.^a E. (Dir.), *Comentarios a la Constitución Española, Tomo I. Conmemoración del XL aniversario de la Constitución*, (pp.1345-1359). Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. p.1348.

²⁵ Respecto al artículo 43.2 en materia de competencia, existe jurisprudencia vinculada a los medicamentos y productos farmacéuticos como la STC 109/2003, la STC 312/2006, la STC 83/2014 o la STC 62/2015. Y en cuanto al artículo 43.3, aunque apenas ha sido tratado, destacaría la STC 194/1998. SANTIAGO REDONDO, K. (2018). *op. cit.* p.1346.

Dicho lo cual, estas conexiones parecen justificar que el derecho a la protección de la salud se sitúa en el nivel mínimo de protección en la Constitución (Jiménez de Parga y Cabrera, 2004, p.10). Sin embargo, su interconexión con el artículo 15 de la CE supone un punto de inflexión que, además, consiste en la vía jurisprudencial más habitual para relacionar este derecho con otros.

La primera jurisprudencia en vincular dichos derechos, tal y como destaca Santiago Redondo (2018, p.1348) estuvo relacionada con los derechos de las y los reclusos en las prisiones. Así, en la STC 120/1990 se trató la posible vulneración en supuesto de imponer a una persona asistencia médica en contra de su voluntad. Hechos aplicables por las y los funcionarios de prisión a presos del PCE(r) y el GRAPO que se encontraban en huelga de hambre (Tribunal Constitucional de España, STC 120/1990, 1990).

Por su parte, en la STC 35/1996 se reconoció la posible vulneración del derecho a la integridad física en los supuestos de una excesiva intensidad de radiación de los rayos X utilizados como medida de seguridad penitenciaria. Una resolución que pese a ser desestimatoria, intentó relacionar también la lesión del artículo 15, con su excesiva frecuencia, su práctica inadecuada o sin seguir criterios científicos (Tribunal Constitucional de España, STC 35/1996, 1996).

Además, haciendo alusión a la STC 62/2007, el derecho a que no se perjudique la salud personal queda comprendido en el derecho a la integridad física. Según los antecedentes de hecho, una mujer embarazada de seis meses, coordinadora de veterinaria y funcionaria interina del Servicio Andaluz de Salud, fue asignada a un nuevo puesto de inspección en un matadero. Tras trabajar un día decidió solicitar la baja médica. Las causas vinieron motivadas por su gestación y el riesgo que podría suponer trabajar en ese lugar. Por ello, solicitó su reasignación al puesto anterior.

Tras lo dicho, esta conexión directa supone un aspecto fundamental si consideramos que esto permite que las personas afectadas puedan recabar la tutela del derecho a la salud a través de procedimientos basados en los principios de preferencia y sumariedad²⁶. Misma conclusión a la que llegan sentencias como la STC 220/2005, STC 5/2002, STC 57/2007, STC 160/2007 o la STC 37/2011.

Aunque, eso sí, las tres últimas sentencias señalan que la protección de la salud se vería afectada siempre y cuando la integridad personal se viera en “peligro grave y cierto para la misma”. Lo que se traduce en que tan solo se podrá recurrir ante las instancias constitucionales en relación con la vulneración del artículo 15 “cuando aquel resulte absolutamente manifiesto, y no si el juzgador ponderó su relevancia de forma razonada y fundada” (Pérez Manzano y Tomás-Valiente Lanuza, 2018, p.384).

²⁶ Principios reconocidos por el artículo 53.2 a los derechos reconocidos en el artículo 14 y la sección primera del capítulo II del Título I. La *preferencia* alude a la “prioridad absoluta por parte de las normas que regulan la competencia funcional o despacho de los asuntos” (Tribunal Constitucional de España, STC 81/1992, 1992). Mientras que con la *sumariedad*, más allá de su sentido técnico (ausencia de cosa juzgada material y limitación de la cognición del Juez) “tan solo cabe entender la exigencia constitucional de que los procesos de protección de jurisdiccional sean sustancialmente rápidos o acelerados” (Tribunal Constitucional de España, STC 81/1992, 1992). MEDINA GUERRERO, M. (2018). Artículo 53.2. Las específicas garantías jurisdiccionales de los derechos fundamentales. En, RODRÍGUEZ-PIÑERO Y BRAVO FERRER, M. y CASAS BAAMONDE, M.^a E. (Dir.), *Comentarios a la Constitución Española, Tomo I. Conmemoración del XL aniversario de la Constitución*, (pp. 1473-1487). Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. p.1476.

En síntesis, en torno al debate de si el derecho a la protección de la salud debería ser o no un derecho fundamental, pese a lo que nos diga su encuadre en la CE, la jurisprudencia mencionada hasta ahora permite concluir que este derecho (incluido el DAME) “es objeto de una progresivamente más intensa tutela constitucional gracias a los pronunciamientos del Tribunal en la materia” (Santiago Redondo, 2018, p.1354).

1.1.6. *El derecho a la salud en el derecho comunitario e internacional*

En la misma línea, Murillo de la Cueva (2019) reconoce esta regulación débil²⁷, pero en contraposición, advierte de una fuerte garantía jurisprudencial internacional abalada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH). Por ejemplo, diferentes sentencias conectan el derecho a la protección de la salud con el derecho a la vida (recogido en el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, CEDH), a la igualdad (art. 14 del CEDH) o a la integridad personal (art. 3 del CEDH).

En relación con el artículo 2, la jurisprudencia establece que las y los agentes estatales tienen la obligación de abstenerse de acciones (u omisiones) que puedan derivar en la muerte o pongan en grave riesgo la salud de las personas. Por ejemplo, en el caso *Ílhan v. Turquía de 27 de junio de 2000* se conectan ambos derechos en un supuesto donde se practicó la violencia policial durante operación policial a Abdüllatif Ílhan (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Ílhan v. Turquía*, n.º22277/93, 2000).

En suma, se reconoce la obligación positiva de los Estados, como bien sintetiza Murillo de la Cueva (2019, p.13), en los casos donde las autoridades niegan o dificultan una prestación sanitaria disponible cuando la vida está en juego. Una de las sentencias que reflejan esta situación es la *de Chipre v. Turquía, de 12 de mayo de 2014*. En ella Turquía fue condenada por ocupar la península de Karpas, al norte de Chipre, donde a una minoría de origen griega se le privó de varios derechos (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Chipre v. Turquía*, n.º25781/94, 2014).

En otra de ellas, a Zdzislaw Nitecki, un ciudadano polaco enfermo de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), le recetaron en 1999 un medicamento para tratar su dolencia: el Rilutek. Tras costárselo con su bolsillo, en condición de pensionista solicitó que le reembolsaran el costo del medicamento que no podía permitírselo, una petición a la que la administración se negó en contadas ocasiones. Por ello, tras ser negado también por la Corte Suprema, el TEDH le dio la razón reconociendo el incumplimiento del artículo 2 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Nitecki v. Polonia*, n.º65653/01, 2002).

Las negligencias médicas por parte de las y los funcionarios públicos también se pueden inscribir en esta conexión de derechos siendo característico el caso *Šilih v. Eslovenia de 9 de abril de 2009* donde un joven de 20 años falleció a causa de la inyección de un fármaco al que tenía alergia y que el médico de guardia vio oportuno administrar frente a una posible urticaria (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Šilih v. Eslovenia*, n.º71463/01, 2009).

²⁷ Que, a su vez, también se da en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE, art.35): “Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana”. MURILLO DE LA CUEVA, E.L. (2019). Derechos humanos y atención sanitaria ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Revista Derecho y Salud*, 29, 6-30. p.8.

Un ejemplo de negligencia al que podría añadirse la desaparición de una enferma de Alzheimer de una residencia de personas mayores en Bulgaria. Tras los hechos, y la solicitud de su hijo, el TEDH sentenció que el sistema jurídico búlgaro no respondió adecuadamente a los hechos ocurridos (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Dodov v. Bulgaria*, n.º59548/00, 2008).

Incluso en la sentencia de *Mehmet Şentürk y Bekir Şentürk v. Turquía*, de 9 de abril de 2013, se establece esta conexión donde, como resume Murillo de la Cueva (2019, p.14), una mujer falleció de camino a otro centro hospital tras acudir con dolores a un hospital universitario en estado de embarazo. Allí se descubrió que el feto había fallecido y necesitaba una cirugía inmediata. Al notificarle que dicha operación costaría aproximadamente 1.000 euros y no disponer de esa cantidad, el facultativo de urgencias ordenó el traslado a otro centro omitiendo así el deber de socorro (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Mehmet Şentürk y Bekir Şentürk v. Turquía*, n.º13423/09, 2013).

Por otro lado, un caso que vincula la salud con el de la prohibición de la discriminación (art.14) es el de *Kiyutin v. Rusia*, de 10 de marzo de 2011. A tenor de la *Ley de prevención del VIH* de 1995, se denegó el permiso de residencia en 2004 a un uzbeko casado con una mujer rusa con la que compartían un hijo. Al ser seropositivo le negaron el permiso de residencia alegando los comportamientos inseguros que las personas con VIH podrían tener. El TEDH sentenció que estos motivos no fueron razonables ni objetivos (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Kiyutin v. Rusia*, n.º2700/10, 2011).

A su vez, en relación con el derecho a la integración personal (art.3), el TEDH menciona que las y los agentes públicos tienen que dejar de un lado la violencia policial (bien física y/o mental) hacia las personas que se encuentran bajo su custodia. Son representativos en el caso de la violencia física, el de *Olsi Kaçiu y Elido Kotorri*, donde el primero fue brutalmente golpeado para que confesara que los dos estaban involucrados en el asesinato de tres personas (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Kaçiu y Kotorri v. Albania*, n.º 33192/07 y 33194/07, 2013). Y en el caso de la violencia mental, tenemos el ejemplo de tortura a través de amenazas psicológicas a *Magnus Gäfgen*, que secuestró a un hijo de una familia de banqueros y la policía intentó conocer su paradero a través de este tipo de prácticas (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Gäfgen v. Alemania*, n.º 22978/05, 2010).

A la relación con este artículo 3 podrían añadirse también, como recuerda Seuba Hernández (2010, p.323), los casos de dos extradiciones a San Cristóbal y Nieves y a la República Democrática del Congo que suponían dejar sin terapia antirretroviral a dos personas que iban a ser extraditadas. En el primero, el demandante llegó a Londres en enero de 1993 e intentó solicitar una visa turística. Tras encontrarle una cantidad de droga encima, su entrada fue denegada y se lo condenó a seis años de prisión. Mientras cumplía la condena le notificaron que era seropositivo y tenía SIDA, por ello, en 1996, tras su libertad condicional, sus abogados solicitaron que no lo reportaran por razones humanitarias ya que su expulsión supondría el no acceso al tratamiento que recibía (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *D. v. Reino Unido*, n.º 30240/96, 1997)

Misma situación que se dio con el otro demandante que llegó a Francia en 1983 y le fue concedido el permiso de residencia sucesivamente hasta 1988, cuando este fue negado por su situación laboral. Tras volver a su país y regresar de nuevo a Francia, en enero de 1995 fue detenido y acusado por una serie de delitos como transportar drogas

y venderlas o infracciones relacionadas con la inmigración. En septiembre de 1995 fue absuelto de algunos de ellos pero no por posesión de drogas y entrada y permanencia ilegal en el país. Fue condenado a dos años, aunque en 1996 salió en libertad, sabiendo que era seropositivo y que no tendría acceso al tratamiento si era deportado (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *BB. v. Francia*, n.º 30930/96, 1998).

Esta última jurisprudencia evidencia la conexión del derecho a la salud con el DAME en el marco comunitario y, puede ampliarse a otros ejemplos internos como el de Venezuela, donde la Corte Suprema reconoció que “los derechos a la salud, la vida y el acceso a la ciencia y la tecnología se encuentran estrechamente vinculados” (Tribunal Supremo de Venezuela, *Cruz del Valle Bermúdez y otros v. MSAS*, STC 916, 1999). Al igual que, como cita Seuba Hernández (2010, p.323), también se dio en Argentina (Corte Suprema de Justicia de la Nación, *Campodónico de Beviacqua, Ana Carina v. M. de Salud- Secretaría de Programas de salud y banco de drogas neoplásicas*, C.823.XXXV, 2000) o Colombia (Corte Constitucional de Colombia, STC T-754/02, 2002).

A su vez, un estudio analizó 71 casos judiciales de 12 países con ingresos bajos y medios según el producto nacional bruto per cápita (Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, India, Nigeria, Panamá, San Salvador, Sudáfrica y Venezuela). En ellos se reclamaba el acceso a medicamentos esenciales, siendo 59 los que fueron estimados y 12 los desestimados. De los casos estimados 44 eran de carácter individual y demandaron a la Seguridad Social en 33 ocasiones (Hogerzeil *et al.*, 2006, p.307).

Entre las patologías relacionadas con las demandas, un gran porcentaje de los casos (27) tenían relación con el VIH/SIDA. A su vez, 49 de ellos (un 83%) hacían referencia al derecho a la vida y 16 (un 27%) a la integridad física. No obstante, siendo de interés los argumentos utilizados para estimar los casos, los tres principales fueron: 1) que “el derecho a la salud es más fuerte que las limitaciones en las listas nacionales de medicamentos esenciales” (22 de 59); 2) que “el derecho a la salud es más fuerte que las limitaciones en los beneficios de seguridad social” (18/59); y 3) “que el estado tiene obligaciones hacia los pobres y desfavorecidos” (14/59) (Hogerzeil *et al.*, 2006, p.307).

Por su parte, la relación entre el derecho a la salud y otros derechos se puede sintetizar tal y como lo hace De Currea-Lugo (2005, pp.109-118) (Tabla 2):

- 1) como parte de otros derechos (la DUDH, por ejemplo, la incluye en la seguridad social);
- 2) como condición asegurable desde la garantía de otros derechos (en algunas ocasiones su cumplimiento se garantiza con la garantía de otros derechos como el derecho al alimento desarrollado en la DUEHM);
- 3) como condición que limita el ejercicio de otros derechos (la salud aparece como un límite en ciertas prácticas sociales o el ejercicio de ciertos derechos como el derecho de las y los niños de salir de cualquier país, su libertad de expresión, su libertad religiosa o su libertad de reunión);
- 4) como derecho resultado de la abstención del Estado (la salud aparece como un deber de abstención en los casos de maltratos, torturas físicas y mentales que pueden ejercer las y los agentes del Estado); o
- 5) como derecho de sí, bien como deber del Estado de prevenir la enfermedad y garantizar la salud (por ejemplo, reduciendo la mortalidad o mejorando la higiene laboral) o como deber de dar asistencia ante la enfermedad (con el fin de conseguir el disfrute de más alto nivel posible de salud física y mental)

Tabla 2. Algunas funciones de la salud en el derecho internacional de los derechos humanos

1. La salud como parte de otros derechos		
Dentro de la Seguridad Social	DUDH PIDESC CETFDCM	Art. 26 Art. 9 Art. 11.3
Dentro del Trabajo	PIDESC CETFDCM	Art. 7 Art. 11.1.f Art. 11.2.d
Educación e información	CETFDCM	Art. 10
No impedimentos físicos	CDN	Art. 2
Requisitos de las instituciones de protección	CDN	Art. 3
Vida y supervivencia	CDN	Art. 6
Comunicación e información	CDN	Art. 17
2. Como condición asegurable desde la garantía de otros derechos		
Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos	DUDH	Art. 1 Art. 2
Derecho al alimento	DUEHM	
Derecho al servicio de urgencia médicas	CETFDCM	
Garantía del derecho a la vida, acceso en equidad	CETFDCM	
3. Como condición que limita el ejercicio de otros derechos		
Circulación	PIDESC	Art. 12
Manifestación religiosa	PIDESC	Art. 18
Libertad de expresión	PIDESC CDN	Art. 19 Art. 13
Reunión pacífica	PIDESC	Art. 21
Libertad de asociación	PIDESC CDN	Art. 22 Art 15
Reunificación familiar	CDN	Art. 10
Libertad de pensamiento, conciencia y religión	CDN	Art. 14
4. Como derecho resultado de la abstención del estado		
Condena contra los actos de tortura	CCTTPCID	Art. 2
Condena de la desaparición forzada	DPPCDF	Art 1
5. Como derecho de sí		
<i>5.1. Deber del Estado de prevenir la enfermedad y garantizar la salud</i>		
Salud	PIDESC CETFDCM CDN	Art. 12 Art. 12 Art. 24
<i>5.2. Deber de dar asistencia ante la enfermedad</i>		
Planificación familiar	PIDESC	Art.10.1
Protección a las madres en periodo de parto	PIDESC	Art.10.2
Salud pública, asistencia médica, seguridad social y servicios sociales	CIEFDR	Art. 5.e.iv
Reparación, derecho de indemnización y medios de rehabilitación	CCTTPCID	Art. 14
Recuperación física, psicológica y reintegración social	CDN	Art. 39

Fuente: DE CURREA-LUGO, V. (2005). *La salud como derecho humano*. Bilbao: Universidad de Deusto. pp.109-118.

1.2. La evolución del reconocimiento del DAME

1.2.1. La importancia de la noción de “medicamentos esenciales” en la labor reguladora y propositiva de la OMS

Presentada la evolución del derecho a la salud y su vinculación con el DAME, vemos necesario retomar la labor de la OMS en su condición del organismo más reconocido mundialmente en materia de salud y también, porque aparte de dar una definición de la salud, hace lo propio con los medicamentos esenciales que forman el núcleo de nuestro objeto de estudio.

De esta manera, explicando brevemente su historia y sus raíces, la OMS fue constituida en 1946 en la Conferencia Sanitaria Internacional y comenzó a operar en 1948 con el apoyo de 61 países. Entre sus principales objetivos destacó el “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”, considerando ese grado máximo “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o connotación económica o social” (OMS, 1946).

Al respecto, su creación tiene estrecha relación con la Segunda Guerra Mundial y, concretamente, con la labor de la Administración de las Naciones Unidas para el Auxilio y la Rehabilitación (conocido como UNRRA) que fue creada en 1943. Un organismo controlado por los denominados Aliados y encargado principalmente en la distribución de alimentos y suministros médicos en los territorios liberados del régimen nazi.

Dicha relación se debe a que dos de sus funcionarios, el chino Szeming Sze y el brasileño Geraldo de Paula Souza, asistiendo con la delegación de sus respectivos países a San Francisco en 1945, incidieron en introducir el término de la salud en el Acta de Constitución de las Naciones Unidas acordando la creación posterior de una agencia especializada (Cueto, Brown y Fee, 2011, p.32).

Por tanto, la OMS forma parte de las Naciones Unidas, institución creada con los fines de preservar el futuro de la guerra, reafirmar los derechos fundamentales, garantizar las condiciones de respeto a los tratados y promover el progreso social (ONU, 1945). Antes, en cambio, ya existían otros organismos internacionales encargados en la salud como la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP). Una oficina que operó en París de 1907 a 1946 y se encargó de los estudios sobre enfermedades epidémicas, su recolección, la organización de conferencias sanitarias o la implementación de los acuerdos derivados de estas (Gómez-Dantés y Khoshnood, 1991, p.316).

La Organización Panamericana de Salud (OPS) también es un poco anterior, ya que opera desde 1902 en el contexto interamericano. Un organismo que desde 1948 está encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA). En cambio, la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones (conocida como LNHO) destaca aún más por sus similitudes con la OMS²⁸. En funcionamiento desde 1922 y siendo más intervencionista que la OIHP, tuvo como tarea la adopción de medidas de orden internacional para impedir y combatir las enfermedades tal y como lo estipulaba el apartado f) del artículo 23 del *Pacto de la Liga de las Naciones* (SDN, 1919).

²⁸ Mientras que la OMS forma parte de las Naciones Unidas y tiene como objetivo evitar futuros conflictos, la LNHO tenía el mismo papel respecto a la Liga de las Naciones o la Sociedad de las Naciones, organismo internacional creado con los mismos objetivos que la ONU tras la Primera Guerra Mundial y consolidó con el Tratado de Versalles en 1919.

Por lo que sigue, desde que se celebrara en 1948 la Primera Asamblea Mundial de la Salud (AMS), la OMS se marcó como prioridades de acción: el paludismo, la salud materno infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental. Líneas a las que se sumó la tarea de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades que funciona desde el siglo XIX.

Entre las primeras acciones del organismo destacan los siguientes: el programa mundial de la lucha contra el pian en 1952; el programa de erradicación del paludismo en 1955; el programa de erradicación de la viruela en 1958; el programa de lucha contra la oncocercosis en 1974; o el programa especial de investigaciones y enseñanzas sobre enfermedades tropicales en 1975²⁹.

Por ello, merece la pena subrayar que el primer paso importante respecto al acceso a medicinas comenzó en 1975 y se certificó en 1977 con la publicación de la primera lista modelo de *medicamentos esenciales*. Medicamentos concretos como el ibuprofeno, el paracetamol, la morfina o el ácido acetilsalicílico (conocido como Aspirina) que “cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población” (OMS, 2004a, p.1; 2020e). Dicho de otra manera, aquellos “que proporcionan el tratamiento para un problema de salud considerado prioritario” (Hogerzeil, 2004, p.1170)³⁰.

Aunque cabe señalar que desde la década de los sesenta países como Perú, Sri Lanka, Cuba, Egipto o Costa Rica ya iniciaron políticas para racionalizar el gasto farmacéutico como las compras globales, la adopción de listas nacionales o el impulso de la producción local (Velásquez, 2008, p.29; Antezana y Seuba, 2008, p.14).

De esta manera, con el concepto de “medicamentos esenciales” el objetivo fue hacer frente a los problemas de acceso a algunos medicamentos y al exceso de diferentes especialidades farmacéuticas que padecían algunos países. Por lo que la OMS comenzó a presentar desde entonces, cada dos años, unas listas modelo (es decir, no obligatorias) que sirven de ejemplo para que los gobiernos y organizaciones no gubernamentales y privadas establezcan las suyas, acuerden los precios, prioricen según sus necesidades o realicen sus guías para ponerlas eficazmente en práctica.

Así, en cada país se decide qué medicamento merece ser incluido en las listas nacionales entre los productos registrados. Selección que se realiza en base a la eficacia comparativa, la seguridad y el costo de los fármacos dentro de una misma clase terapéutica. De esta manera, las listas son utilizadas de guía para adquirir y suministrar los medicamentos en el sector público, gestionar los planes de reembolso, las donaciones o la producción local de medicamentos (Hogerzeil, 2004, p.1169).

Es decir, estas tienen relación con la política farmacéutica de cada país en cuanto invita a racionalizar entre los diferentes medicamentos y pretende reforzar la posición negociadora de los Estados (Antezana y Seuba, 2008, p.24). A su vez, organizaciones

²⁹ Respecto a la categoría de “enfermedades tropicales” cabe señalar, como enfatiza Molano Camargo, que fue empleada por la ciencia imperial para referirse a las barreras ambientales que impedían conquistas y procesos de “civilizar” regiones de Asia, África, América Latina o el Caribe. MOLANO CAMARGO, F. (2020). *Capitalismo y pandemias*. Madrid: Traficantes de Sueños. p.73.

³⁰ Son llamadas “esenciales” porque sirven para salvar vidas, tal y como la OMS lo señalaba en 1977 al referirse a ellas como “*life-saving drugs*”. OMS (1977). *The Selection of essential drugs, Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, n.º615*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p.14.

como Médicos Sin Fronteras (MSF) publican guías prácticas que sirven de herramienta para las y los médicos, farmacéuticos, enfermeros y auxiliares sanitarios con el objetivo de mejorar su uso racional y la gestión de estos (Pilon, 2016).

A pesar de todo, la Industria Farmacéutica se sintió molesta al comienzo por las implicaciones que suponía este nuevo concepto: las listas podrían limitar la prestación de atención médica, restringir la autonomía profesional, interferir en el mercado y reducir los beneficios en materia de salud de los pacientes (Wirtz *et al.*, 2017, p.410).

Tal y como recuerdan Antezana y Seuba (2008, p.54), la Federación Internacional de Asociaciones de Fabricantes de Productos Farmacéuticos (FIP) señaló en 1977 que el concepto era “completamente inaceptable para la Industria Farmacéutica, y es, de hecho, firmemente defendido por radicales de extrema izquierda en países desarrollados porque refuerza sus peticiones de reducción del número de fármacos en sus propios países” (Tiefenbacher, 1977, p.23).

De todas maneras, con el paso del tiempo, estas críticas disminuyeron en la medida que países y organismos siguieron defendiendo la estrategia. En 1978 la OMS, junto a UNICEF, organizaron un congreso conjunto con las y los delegados de 134 países en la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán. De ella salió la *Declaración de Alma-Ata* en la que entre los ocho componentes primarios de la Atención Primaria de salud (AP) se encontraban los medicamentos esenciales:

3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y **el suministro de medicamentos esenciales**. (CIAPS, 1978)³¹

Esta Declaración tiene su importancia en la medida que los medicamentos esenciales se volvieron en referencia para la AP y las políticas farmacéuticas nacionales (Antezana y Seuba, 2008, p.13). Así, bajo el eslogan “Salud para todos en el año 2000”, los países se comprometieron entre otros aspectos en reconocer la salud como un objeto social y global; la importancia del desarrollo económico y social para el logro del máximo grado de salud; la necesaria participación individual y colectiva del pueblo en la planificación y aplicación de su atención; o la obligación y responsabilidad de los gobiernos (CIAPS, 1978).

De este modo, las listas nacionales de medicamentos aumentaron en la década de los ochenta después de haberse establecido el programa de medicamentos esenciales y se reflejara su importancia en la AP. En Indonesia y Tailandia (1981), Bangladesh (1982), China (1984) o Zimbabue (1985) aparecieron las primeras listas nacionales, siendo relevante también la labor en los noventa de diferentes agencias en la elaboración de políticas nacionales en países como Bolivia, Kenia, Sudán, Tanzania, Ecuador o Yemen (Wirtz *et al.*, 2017, p.410)³².

³¹ Salvo que se indique junto al texto, todos los resaltados del trabajo son añadidos.

³² En el caso de España cabe señalar que no cuenta con una Lista Nacional de Medicamentos Esenciales propiamente dicha. Algo muy común en los países más ricos tal y como <<<

A pesar de ello, los problemas de acceso se hicieron más notorios a partir de 1994 con el *Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionada con el Comercio* que comenzó a ser efectiva en 1995. Un acuerdo internacional que debía de aceptar cualquier país que quisiera formar parte de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y suponía el deber de dar patente a los medicamentos por 20 años. En cambio, como analizaremos sus implicaciones más adelante, por ahora nos limitaremos a señalar la preocupación institucional por el impacto que tiene la cuestión del acceso a los medicamentos en las condiciones de vida de las personas.

De esta manera, la *Resolución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* de 2015 marcó el camino de organizaciones como la OMS al reconocer entre sus objetivos el acceso a medicamentos:

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

[...] 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y **el acceso a medicamentos** y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos

[...] 3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y **facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales** asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, **proporcionar acceso a los medicamentos para todos**. (AGNU, 2015)

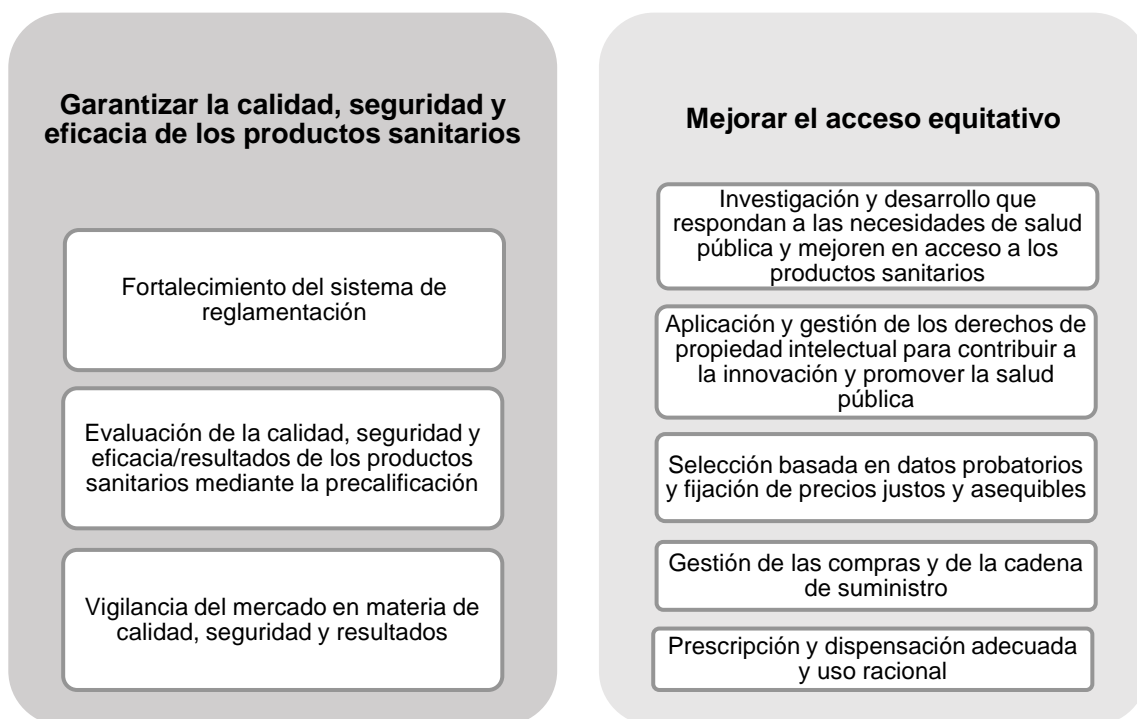
Reconocimiento que fue alineado en 2018 con el *Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS (2019-2023)* (OMS, 2019a). Programa que tenía como principales prioridades: lograr una cobertura sanitaria universal, responder a las emergencias sanitarias y promover unas poblaciones más sanas.

Desde entonces, las áreas estratégicas en la labor de garantía y defensa del acceso a productos sanitarios se dividen en: 1) garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos sanitarios; y 2) mejorar el acceso equitativo a los productos sanitarios (Figura 2). Aspectos por los que, además, el Consejo de la Unión Europea (CUE) mostró su preocupación en 2016 por los precios elevados (asequibilidad) y la retirada o la no introducción de medicamentos por estrategias políticas (disponibilidad):

[...] 16. OBSERVA CON PREOCUPACIÓN el creciente número de casos de fallo de mercado en varios Estados miembros, en los que el acceso de los pacientes a medicamentos esenciales eficaces y asequibles está en **peligro porque los precios son muy elevados e insostenibles, por la retirada del mercado de productos cuya patente ha caducado o, cuando los productos nuevos no se introducen en los mercados nacionales por estrategias económicas de las empresas**, porque los gobiernos tienen a veces una influencia muy limitada en tales circunstancias. (CUE, 2016)

demuestran Bissell *et al.* (2019, p.4). De 41 países con altos ingresos, tan solo 22 cuentan con una lista nacional. Aun así, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) se encarga de publicar a través del Boletín Oficial del Estado (BOE) una lista de medicamentos en casos especiales como el reciente donde se establecieron unos medicamentos esenciales en la gestión sanitaria del COVID-19 para asegurar su suministro, fabricación y abastecimiento en el mercado. BISSELL, K. ET AL. (2019). Essential Medicines at the National Level: The Global Asthma Network's Essential Asthma Medicines Survey 2014. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4), 605.

Figura 2. Actividades en las dos áreas estratégicas de la Hoja de Ruta



Fuente: DIRECTOR GENERAL (2018). *Medicamentos, vacunas y productos sanitarios: Acceso a los medicamentos y las vacunas. Informe del director general*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p.7.

1.2.2. Reconocimiento español del acceso a medicamentos de uso humano

Tal y como profundizaremos, el Estado español cuenta con un Sistema Nacional de Salud (SNS) que se fundamenta en la financiación a través de los Presupuestos Generales del Estado (PGE). En cambio, en materia de salud pública y asistencia sanitaria, las competencias están descentralizadas desde 2002, lo que quiere decir que las Comunidades Autónomas (CCAA) tienen ciertas responsabilidades.

Al Estado, según el artículo 149.1.16 de la CE, le corresponden las competencias exclusivas en sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos. Mientras que a las CCAA les pertenece las materias no atribuidas expresamente al Estado y señaladas en sus Estatutos como pueden ser la administración, gestión o ejecución en la materia (art.149.3).

Si nos enfocáramos principalmente en las garantías del acceso de la población a los productos farmacéuticos, la CE reconoce que el Estado tiene la competencia exclusiva sobre su legislación. Así, en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, en el artículo 40 se recalca que:

La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, desarrollará las siguientes actuaciones: [...]

5. La reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda, de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los demás productos y artículos sanitarios y de aquellos que, al afectar al ser humano, pueden suponer un riesgo para la salud de las personas. Cuando se trate de medicamentos, productos o artículos destinados al comercio exterior o cuya utilización o consumo pudiera afectar a la seguridad pública, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.

6. La reglamentación y autorización de las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los productos mencionados en el número anterior, así como la determinación de los requisitos mínimos a observar por las personas y los almacenes dedicados a su distribución mayorista y la autorización de los que ejerzan sus actividades en más de una Comunidad Autónoma. Cuando las actividades enunciadas en este apartado hagan referencia a los medicamentos, productos o artículos mencionados en el último párrafo del apartado anterior, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad. (Jefatura del Estado, Ley 14/1986, 1986)

En cambio, existe cierta controversia en torno a qué se entiende por “legislación sobre productos farmacéuticos” ya que puede llegar a confundirse con los establecimientos farmacéuticos. El Tribunal Constitucional interpretó que esta legislación consistía en el “conjunto de normas que tiene por objeto la ordenación de los medicamentos en cuanto ‘sustancias’ cuya fabricación y comercialización está sometida [...] al control de los poderes públicos” (Tribunal Constitucional de España, STC 98/2004, 2004). Por todo ello, tal y como señala Cobrerros Mendazona (2018, p.1365), el Tribunal Constitucional se vio obligado a pronunciarse:

[...] la competencia de las Comunidades Autónomas sobre "establecimientos farmacéuticos", en cuanto que la misma no permite integrar en su seno la actividad productiva de medicamentos, salvo los márgenes que, en relación con las fórmulas magistrales u otros supuestos le permita la legislación estatal (arts. 35 y 36 de la Ley del Medicamento), lo cual en modo alguno se extiende a la cuestión aquí debatida. (Tribunal Constitucional de España, STC 152/2003, 2003)

En consecuencia, profundizando en la regulación en materia del acceso de la población a los productos farmacéuticos, el *RDL 1/2015* que refundió la *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios*, es la que reglamenta los denominados “medicamentos de uso humano y productos sanitarios”³³ a través de su autorización y registro (arts.9-23), su investigación (58-62), su fabricación (63-66), su distribución (67-71), su uso racional (77-90) o su financiación pública (91-107) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Real Decreto Legislativo 1/2015, 2015).

Entre estas, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), creada en 1999, en su condición de agencia estatal adscrita al Ministerio de Sanidad (desde 2011) es la encargada de

[...] garantizar que tanto los medicamentos de uso humano como los de uso veterinario y los productos sanitarios, cosméticos y productos de higiene personal cumplan con estrictos criterios de calidad, seguridad, eficacia y correcta información con arreglo a la normativa vigente sobre dichas materias en el ámbito estatal y de la Unión Europea. (Ministerio de la Presidencia, Real Decreto 1275/2011, 2011, art.6)

³³ Al respecto, el ordenamiento español no hace referencia a los medicamentos esenciales y prefiere utilizar el término de “medicamentos de uso humano esenciales”. *Medicamentos de uso humano* que se diferencian de los de uso veterinario o los productos de cuidado personal y son definidas como “Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico”. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (25 de julio, 2015). *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. BOE-A-2015-8343. art.2.a.

De esta forma, aunque será objeto de tratamiento en posteriores capítulos (apartado 5.2.1., página 228), la AEMPS tiene un papel importante en las distintas etapas de la *cadena de medicamentos* establecida en el *RDL 1/2015*. Por ejemplo, esta Agencia se encarga de establecer la condición de medicamento entre los diferentes productos farmacéuticos (art.8.3), siendo los siguientes los únicos medicamentos reconocidos legalmente: los medicamentos de uso humano y veterinarios, las fórmulas magistrales, los preparados oficinales y los medicamentos especiales previstos en dicha ley (art.8.1).

La AEMPS también es la encargada en la autorización de la puesta en mercado de un determinado medicamento (art.9.1). Para ello, las condiciones establecidas se basan en las garantías de calidad (alcanzar requisitos de calidad), seguridad (que su utilización no genere efectos tóxicos o indeseables), eficacia (en las indicaciones terapéuticas que ofrece), identificación (estar debidamente identificado) e información (suministrada de manera precisa, accesible y comprensible al paciente).

A su vez, la Agencia establece las condiciones de prescripción y clasifica si están sujetos a prescripción médica o no (art.19.1). De esta forma, los medicamentos con prescripción médica, es decir, no accesibles sin autorización profesional, son aquellos que: presentan un peligro incluso en condiciones normales de uso; se utilizan de manera frecuente y en condiciones anormales de utilización; contienen sustancias o preparados cuya actividad o reacciones adversas no cuentan con un estudio detallado; y las que, salvo excepciones, se administran por vía parenteral (art.19.2).

Por ello, se podría decir que este organismo es relevante en la regulación del acceso a medicamentos y en la satisfacción de las necesidades frente a padecimientos, enfermedades o molestias. Por ejemplo, destacan “las garantías de disponibilidad de medicamentos en situaciones específicas y autorizaciones especiales” recogidas en el artículo 24. De esta manera, se hace efectivo el acceso a medicamentos no autorizados a pacientes que, en ausencia de participar en un ensayo clínico, necesitan satisfacer necesidades especiales.

Al respecto, se diferencian tres situaciones:

- 1) *Uso de medicamentos en investigación*: la AEMPS puede autorizar el uso de medicamentos en investigación antes de su comercialización en España, para pacientes concretos sin una alternativa terapéutica disponible satisfactoria, que no forman parte de un ensayo clínico y que están en una situación clínica que no permite esperar a que finalice la investigación y los nuevos tratamientos se autoricen.
- 2) *Uso de medicamentos en condiciones diferentes de las autorizadas*: incluye el uso de medicamentos aprobados cuando existe la necesidad de utilizarlos en condiciones diferentes a las autorizadas. [...] Se elimina la necesidad de autorización previa individual en cada caso por parte de la AEMPS, y se refuerza la responsabilidad de los centros sanitarios, la información a los pacientes, y la vigilancia de su uso. La AEMPS puede emitir recomendaciones, a tener en cuenta en los protocolos terapéutico-asistenciales elaborados por los centros sanitarios.
- 3) *Acceso a medicamentos extranjeros*: la AEMPS cuenta con un procedimiento para el acceso a los medicamentos que no están autorizados en España, pero que sí están comercializados en otros países en aquellos casos en que su utilización sea imprescindible.

De forma similar, se autorizan de forma excepcional por razones de interés sanitario productos sanitarios no certificados necesarios para el tratamiento médico o quirúrgico de los pacientes. (AEMPS, 2014a, pp.18-19)

Tras lo dicho, cuando un medicamento entra en el mercado, su custodia, conservación y dispensación corresponde a las oficinas de farmacias abiertas al público y a las farmacias de hospitales, centros de salud y estructuras de AP (cuando se exige una particular vigilancia, supervisión y control). Así, corresponde a los servicios de farmacia de los hospitales los medicamentos de uso humano que tengan reservas singulares según lo establezca el Ministerio de Sanidad (art. 3.6).

Si una persona necesita un analgésico para aliviar un dolor concreto, puede acudir a la oficina de farmacia y solicitar una aspirina o un ibuprofeno sin receta médica. No obstante, tras modificaciones recientes, con el Sistema Español de Verificación del Medicamento (SEVeM) existen ciertos medicamentos como el ibuprofeno de 600 mg o el paracetamol de 1g que exigen receta médica, pero que anteriormente se dispensaban sin ella (Samper, 2019).

Justamente, este subgrupo terapéutico (los analgésicos) implicaba en 2017 un 10,2% del consumo total de fármacos según datos sobre la prestación farmacéutica (Ministerio de Sanidad, 2020a, p.7). Además, en las 20.377 presentaciones de medicamentos con financiación pública, 17.616 eran de envase normal y 14.755 eran dispensados con receta médica en las oficinas de farmacia (Ministerio de Sanidad, 2020a, p.22).

Y es que, en cuanto al volumen económico que suponen los productos farmacéuticos respecto al PIB español, estos implican 19.132 millones de euros anuales según datos de 2016. Aproximadamente, un 18,8% del gasto sanitario total que equivalía (uniendo el ámbito público y privado) al 9,1% del PIB total (Ministerio de Sanidad, 2020b, p.9).

Por lo tanto, podría decirse que el Estado español destinaba a estos productos el 1,7% de su PIB. Porcentaje que junto a los “Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no necesarios” forman el apartado de los “Productos Médicos dispensados a pacientes ambulatorios”, siendo esta la segunda sección que mayor gasto sanitario supone (un 22,6%) tras los “Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación” (57%) (Ministerio de Sanidad, 2020b, pp.11-13).

Para finalizar, cabe señalar de la existencia de *copagos* en el sistema sanitario español. Algo habitual en la mayoría de los países europeos que conlleva un determinado gasto de bolsillo (en porcentaje) hacia ciertos medicamentos, productos o cantidad de recetas, pero que, sin embargo, resulta a priori ilógico en un sistema financiado por los PGE a los que la gran mayoría contribuimos.

La aplicación de este sistema tiene su origen en el *Decreto 3157/1966* que estableció un copago reducido a todas y todos los pacientes para medicamentos dispensados en farmacias. El objetivo de su aplicación pretendía que fuera un “ticket moderador” del consumo y agilizar la alta financiación. Y pese a que con el *Decreto 1417/1973* las y los pensionistas quedaron exentos, con el *RDL 16/2012* (analizado en el apartado 4.3.2) la exención de 39 años finalizó trayendo consigo problemas en el acceso a este sector de la población (Lobo, 2013, pp.30-31).

Por ejemplo, de los 14.755 medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas dispensables en las oficinas de farmacia, el 45,9% contaba con “prestación reducida” (Ministerio de Sanidad, 2020, p.24). En suma, el gasto farmacéutico de la facturación en 2017 fue de 10.620 millones y el gasto medio por receta de 11,2 euros, llegando el gasto per cápita anual a los 228 euros (Ministerio de Sanidad, 2020a, p.7).

1.2.3. Reconocimiento comunitario e internacional del acceso a medicamentos esenciales

Tras lo visto, aunque la atención sanitaria sea competencia estatal, la legislación española se enmarca en el contexto de la legislación europea en materia del derecho a la salud. La UE tiene competencias relacionadas con la formación y las titulaciones oficiales, el derecho a la atención sanitaria transfronteriza, inversiones (fondos estructurales o de cohesión), las reglas de gasto, la deuda pública y la estabilidad presupuestaria (Lamata, 2020a, p.35).

Por destacar las competencias en política de medicamentos, la UE cuenta con la Agencia Europea de Medicamentos (conocida por sus siglas en inglés como EMA). Una agencia creada en 1995 y que con ciertas semejanzas a la AEMPS, tiene la tarea de evaluar los medicamentos innovadores y de alta tecnología que quieran usarse en el espacio de la misma UE (EMA, 2016, p.3). De esta manera, entre sus funciones está la evaluación, supervisión y vigilancia de los medicamentos.

En este aspecto, destaca una Red de colaboración de alrededor de 50 autoridades donde, junto a la colaboración de los EM, las y los especialistas comparten conocimientos para evaluar nuevas medicinas, conocer nueva información de seguridad o sus efectos secundarios (EMA, 2016, p.2). Asimismo, existe un procedimiento centralizado que con una única solicitud a esta agencia permite la comercialización de un medicamento en toda la UE. Una vía que era la menos popular hasta la llegada de la pandemia de la COVID-19 (EMA, 2016, p.2).

En cambio, lo que queremos destacar en esta ocasión es el reconocimiento del DAME. Un reconocimiento recogido en procedimientos obligatorios como el artículo 12 del PIDESC que versa sobre el derecho a la salud, siendo integrado dentro de ella el DAME según la Observación General n.º14 del CDESC:

17. "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; **tratamiento apropiado de enfermedades**, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; **el suministro de medicamentos esenciales**, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional. (CDESC, 2000)

En el contexto del VIH/SIDA, el paludismo (malaria) y la tuberculosis, el DAME fue reconocido también por la Subcomisión para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos (SUBCOMNU, 2001), la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas (CDH, 2002a), la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU, 2001) y la Asamblea Mundial de la Salud (AMS, 2001a; 2001b) como bien recuerdan Antezana y Seuba (2008, pp.47-48). La CDH, por ejemplo, señalaba lo siguiente en resoluciones relacionadas con el acceso a la medicación de estas pandemias:

Reconoce que el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis, y paludismo es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. (CDH, 2003; 2004; 2005)

Una identificación a la que se sumó el informe anual del Departamento de Medicamentos Esenciales de la OMS reconociendo el DAME:

En el año 2002, la OMS inició un estudio para encontrar, analizar y resumir casos de acciones legales que hubieran emprendido, en países en desarrollo, personas o grupos de personas contra un gobierno o institución gubernamental para asegurar el acceso a medicamentos esenciales, basándose, exclusivamente o en parte, en tratados de derechos humanos firmados y ratificados por dicho gobierno. Evidentemente, el estudio se centró en aquellas personas o grupos que habían ganado el juicio y en cómo estos casos podían servir de ejemplo para potenciar la capacidad de otras personas y grupos de emprender acciones similares con éxito y exigir las prestaciones a las que tenían derecho.

[...] Aún no se ha publicado el estudio completo, pero los ejemplos citados en el recuadro ilustran **el potencial que existe de incrementar el acceso a los medicamentos esenciales a través de acciones legales basadas en la obligación del estado de proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en cumplimiento parcial del derecho a la salud.** (OMS, 2004c, p.10)

Promoción que, a su vez, fue incluida en la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos* de 2005 de la UNESCO:

Artículo 14 – Responsabilidad social y salud [...] 2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:

a) **el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales**, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano [...] (UNESCO, 2005)

Un reconocimiento que lejos de la vinculatoriedad del Estado español tanto con el derecho comunitario como con la normativa internacional, también se dio, por citar, en la *Declaratoria de ministras y ministros de América del Sur sobre propiedad intelectual, acceso a los medicamentos y salud* de 2006. Representantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela reconocieron que el acceso a los medicamentos era “un derecho fundamental de todo ser humano y requisito esencial que debe ser garantizado por los gobiernos”; siendo una preocupación “el deber de los Gobiernos de garantizar el acceso a los medicamentos, vacunas e insumos para la atención de los problemas de salud pública” (VV. AA. 2006).

1.2.4. Las reivindicaciones de Sudáfrica, Brasil e India como impulso del DAME

Tras analizar la regulación interna y el reconocimiento comunitario e internacional, argumenta Marks (2009, p.88), estos no hubiesen sido posible sin las reivindicaciones sociales realizadas en países como Sudáfrica, Brasil o India. Y es que el DAME, al igual que ocurrió con el acceso a la justicia³⁴, estuvo fundamentada en una filosofía individualista y clasista en los siglos XVIII-XIX donde la atención sanitaria tan solo estaba al alcance de aquellas personas que podían pagarlo. Así, si a una persona que no podía pagar el acceso a la justicia se le consideraba desde un principio “culpable”, la vida y la salud de la persona que no podía tratarse por no disponer de dinero terminaba dependiendo de la beneficencia (Cappelletti y Garth, [1978]1983, p.19).

³⁴ “[...] que el pueblo pueda ejercer sus derechos y/o solucionar sus conflictos por medios del Estado”. CAPPELLETTI, M. y GARTH, B. ([1978]1983). *El acceso a la justicia: movimiento mundial para la efectividad de los derechos. Informe General*. La Plata: Colegio de Abogados del Departamento Judicial de La Plata. p.18.

En cambio, cuando la sociedad “se hizo más amplia y compleja”, los derechos sociales fueron reconocidos y el Estado comenzó a tener una actitud afirmativa (Cappelletti y Garth, [1978]1983, pp.20-21). Desde la evolución del derecho a la salud hasta el presente, el acceso a los medicamentos tiene su reconocimiento gracias a los tres países aliados en 2003 en el Foro Trilateral IBSA, donde sumaron sus esfuerzos en la lucha contra el SIDA, el paludismo, la tuberculosis o las barreras generadas por el *Acuerdo sobre los ADPIC* (analizado en el apartado 5.1.3) (Giaccaglia, 2010, p.287).

Por citar la situación de cada país, Sudáfrica aprobó con el gobierno de Mandela la *Medicines and Related Substances Control Act* en 1997. Normativa que permitió el uso de importaciones paralelas (importar un producto fabricado en el extranjero sin el permiso del titular), licencias obligatorias (mecanismos que permiten quitar la patente de manera temporal) o la producción local de medicamentos con el objetivo de reducir el costo y facilitar el acceso para tratar el VIH/SIDA (Giaccaglia, 2010, pp.294-295).

Unas medidas que respondían a las limitaciones que suponían los nuevos costos de los antirretrovirales y permitía importar genéricos en un contexto con preocupantes cifras como las 35 millones de personas que padecían de VIH/SIDA, concentrándose en la África subsahariana 25 millones y el 80% de las 2,8 millones de personas fallecidas a nivel mundial en 1999 (Drahos y Braithwaite, 2002, pp.6-7; Martorell, 2002, p.136).

Frente a esta decisión la *Pharmaceutical Manufacturers Association*, junto a 39 farmacéuticas, demandaron al gobierno del país, a las que se sumaron las amenazas de EE. UU., incluyéndolo en una lista de vigilancia comercial (Martorell, 2002, p.136). En cambio, en 2001, gracias a la presión social (con el papel destacado de la organización *Treatment Action Campaign*) y el impacto mundial que tuvo el caso, la demanda terminó por retirarse ante los ojos de una opinión pública que vio aumentado su rechazo hacia las corporaciones farmacéuticas (Giaccaglia, 2010, p.195).

En el supuesto de Brasil, este es considerado el primer país en apoyar las movilizaciones sociales que defendían el acceso a medicinas esenciales para el VIH/SIDA. Así, también en 1997, el gobierno de Fernando Henrique Cardoso legisló sobre patentes permitiendo la fabricación local de productos protegidos, generando también el malestar de EE. UU. (Giaccaglia, 2010, pp.293-294).

A costa de ello, entre 2000 y 2001 los dos países entraron en disputa cuando el gobierno estadounidense solicitó a la OMC, el 30 de mayo de 2000, la celebración de consultas bilaterales con Brasil en lo que concernía a los artículos 68 y 71 de la *Ley de Propiedad Industrial* brasileña (OMC, 2000). Un mecanismo o vía que, en compatibilidad con los acuerdos, dan a las partes la opción de debatir y buscar una solución³⁵.

En junio de 2001 dicha tensión finalizó cuando se llegó a un acuerdo mutuo en el que Brasil se comprometió a aplicar las licencias tan solo en los casos de “emergencia sanitaria nacional” (OMC, 2001a; Giaccaglia, 2010, p.296). Brasil acordó aplicar dicha ley, pero aceptando conversaciones previas con el Gobierno de EE. UU. en caso de querer aplicarlas a sus empresas (Bocanegra, 2012, p.17).

³⁵ Este sistema de resolución de conflictos, aun así, resulta de dudosa equidad, principalmente porque una de las sanciones consiste en castigar comercialmente a los países incumplidores. La disputa entre dos países ricos apenas genera repercusión, sin embargo, cuando los países menos ricos entran en la disputa, el desequilibrio es mayor. RAMOS TOLEDANO, J. (2018). *Propiedad digital: la cultura de internet como objeto de cambio*. Madrid: Trotta. p.107.

Ese mismo año, el secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan (en el cargo entre 1997-2006), propuso en la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA la iniciativa de crear un *Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria* (conocida hoy como GFATM). Una iniciativa para hacer frente a dichas pandemias que fue apoyada por gobiernos, personas afectadas, sociedad civil, el sector privado y agencias técnicas y reúne los recursos para invertir en diversas líneas de actuación vinculadas con la causa (The Global Fund, 2020).

A su vez, frente a la magnitud del problema, la OMS revisó el procedimiento y los criterios de elaboración de las listas modelo de medicamentos esenciales. Por primera vez, se incluyeron en la 12.^a lista modelo doce antirretrovirales para combatir la replicación viral del VIH: el abacavir, el didanosine, el lamivudine, el stavudine, el zidovudine, el efavirenz, el nevirapine, el indinavir, el ritonavir, la combinación de lopinavir y ritonavir, el nelfinavir y el saquinavir (OMS, 2002a).

La importancia de esta inclusión viene motivada por el alto costo que suponían estos tratamientos, un factor muchas veces determinante en la selección de medicamentos a la hora de añadirlas en las listas. De este modo, los criterios del Comité de Expertos de la OMS en selección y uso de medicamentos esenciales cambiaron relativamente:

Primero, la aprobación de un producto farmacéutico para su comercialización se otorga generalmente atendiendo a la eficacia, la seguridad y la calidad, **y rara vez a una comparación con otros productos que se venden en el mercado o a los costos**. Estas decisiones reglamentarias definen la disponibilidad de un medicamento en un país. Además, la mayoría de las adquisiciones públicas de medicamentos y los planes de seguro tienen mecanismos para limitar las adquisiciones o los reembolsos de los gastos en medicamentos. Para adoptar estas decisiones se requiere un proceso de evaluación en el cual se comparen diversos productos farmacéuticos y se considere si el precio es razonable. Esta segunda etapa da lugar a una lista de medicamentos esenciales. (OMS, 2002b, p.3)

Se estableció que entre los nuevos procedimientos el costo absoluto del medicamento ya no era una razón de peso para la exclusión, siempre y cuando cumpliera el resto de los criterios: eficacia, seguridad y calidad. En suma, se recomendó la realización de comparaciones “costo-efectividad” entre medicamentos dentro del mismo grupo terapéutico para poder analizar cuál era más rentable (OMS, 2003, p.17).

Por último, respecto a la India, merece destacar que dentro de la crisis del VIH/SIDA fue y es el principal exportador de genéricos para tratar el virus. Todo ello se debe a la política estricta de patentes que defiende el país. Por ejemplo, uno de los conflictos más controvertidos ocurrió en 2006 cuando las instituciones indias rechazaron conceder la patente al fármaco Gleveec/Glivec de la farmacéutica Novartis. Y es que la situación de la India era peculiar ya que, pese a que la OMC y el *Acuerdo sobre los ADPIC* aparecieron en 1994, este país no formó parte hasta 2005 debido a una moratoria amparada por el artículo 66 del Acuerdo.

De forma que fue entonces cuando el país analizó gran parte de los fármacos presentados en esas fechas y decidió a quién conceder protección. En este caso, la India rechazó este medicamento destinado a tratar la leucemia alegando que no era “auténticamente nuevo”³⁶ en 2006. A causa de ello, la farmacéutica demandó al

³⁶ Por “auténticamente nuevo” se entiende a todas aquellas entidades químicas o sustancias activas innovadoras. El resto de los medicamentos, en su mayoría toman el nombre de <<<

gobierno indio en 2007, pero el Tribunal terminó desestimándola en 2013 afirmando que los compuestos eran “nuevas formas de sustancias ya conocidas” (Giaccaglia, 2010, pp.301-302; Rojas, 2013).

1.3. Debilidades y debates jurídico-políticos del DAME

1.3.1. Los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

En lo que concierne a la revisión del ejercicio de estos derechos, su examen y la situación en los diferentes países, la Comisión de Derechos Humanos nombró en 2002 un Relator Especial centrado en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (CDH, 2002b). El Relator a través de sus informes cumple este mandato y aporta características y análisis pertinentes para el DAME.

De esta manera, el primer Relator Especial, Paul Hunt (2002-2008), señaló que el pilar fundamental del derecho a la salud “descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos” (AGNU, 2008a).

Un derecho limitado también por su *marco analítico* donde se incluyen: las leyes, normas y principios que lo delimitan; el reconocimiento de que los recursos son limitados; las obligaciones inmediatas como la no discriminación; la participación de la comunidad en las decisiones sanitarias; la cooperación internacional; la reducción de riesgo; que los bienes, servicios e instalaciones estén disponibles, sean accesibles, aceptables y de buena calidad; o las obligaciones de los Estados (AGNU, 2006b, pt.45).

Entre este listado vemos necesario incidir en los dos últimos puntos: los elementos y las obligaciones. Así, en lo que respecta al primero de ellos, centrándonos en el derecho a la salud, el CDESC señaló los siguientes elementos en el punto 12 de la ya citada Observación General n.º14:

- 1) *la disponibilidad*: donde cada Estado debe garantizar el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, las condiciones sanitarias e incluir factores determinantes como el agua limpia potable, hospitales o condiciones sanitarias adecuadas;
- 2) *la accesibilidad*: donde los establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles sin discriminación, estar al alcance geográfico de toda la población (accesibilidad física), ser asequibles (accesibilidad económica) y garantizar el derecho a solicitar, recibir y difundir información (accesibilidad a la información);
- 3) *la aceptabilidad*: donde los establecimientos, bienes y servicios tienen que respetar la ética médica y ser apropiados culturalmente; y
- 4) *la calidad*: donde los establecimientos, bienes y servicios deben de ser apropiados científica y medicamente y ser de buena calidad.

me too. A su vez, puede suceder en ocasiones el *evergreening*: “el procedimiento de reemplazo de las patentes que están expirando por otras nuevas, que responden a pequeños cambios y pueden no aportar mejorar clínicas sustanciales”. GALVÉZ ZALOÑA, R. y LAMATA COTANDA, F. (2019). *Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública. Algunas propuestas para impedir los precios excesivos y garantizar un acceso justo a los medicamentos*. Madrid: Fundación Alternativas. p.22.

Unos elementos donde, en lo que respecta al DAME, se sientan sobre la misma base como elemento del derecho a la salud:

- 1) *disponibilidad*: que haya una cantidad suficiente de productos farmacéuticos en el lugar de suministro y se fomente la investigación y el desarrollo;
- 2) *accesibilidad*: aparte de la no discriminación en el acceso a medicamentos, resulta necesario garantizar que el acceso y el suministro llegue a todos los lugares (sobre todo en las zonas rurales), la información sea accesible (sobre todo la relacionada con el uso y precio de los fármacos) y fundamentalmente, los precios sean asequibles;
- 3) *aceptabilidad*: el respeto cultural y la ética médica en la investigación; y
- 4) *calidad*: ser apropiados científica y medicamento (Seuba Hernández, 2010, pp.295-297).

Asimismo, el segundo Relator Especial, Anand Grover (2008-2014), profundizó respecto a estas cuatro líneas mediante la síntesis de siete factores que determinaban el acceso de medicamentos en el contexto del derecho a la salud (Tabla 3).

Tabla 3. Elementos y algunos factores determinantes en la materialización del DAME

ELEMENTOS	FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO	
DISPONIBILIDAD	1. PRODUCCIÓN LOCAL (pts.11-19)	La estrategia de producción local garantiza la seguridad de las medicinas en los países en desarrollo. Para ello, se propone establecer impuestos sobre importaciones que pueden producirse localmente, proporcionar subsidios o incentivos fiscales, garantizar la adquisición estatal de productos locales y establecer un marco normativo que incremente la competitividad.
	2. LISTA DE MEDICAMENTOS (pts. 40-46)	Las listas de medicamentos nacionales reducen el número de medicamentos mejorando la atención en la salud y se optimiza la utilización de recursos.
	3. ADQUISICIÓN (pts. 47-53)	Una gestión transparente, una selección limitada y una previsión científica de las necesidades de la población vuelven eficaz la adquisición de medicamentos.
	4. DISTRIBUCIÓN (pts. 54-56)	Es necesario incidir en normas efectivas enfocadas en el almacenamiento, el transporte o la accesibilidad física para garantizar la distribución de medicamentos.
ACCESIBILIDAD	5. FIJACIÓN DE PRECIOS (pts. 20-39)	Hay que buscar soluciones a determinantes que inciden sobre el precio de los medicamentos como el control de los precios (gracias al monopolio de las corporaciones) los márgenes comerciales, los aranceles de importación y los impuestos (que elevan el precio considerablemente).
ACEPTABILIDAD	6. UTILIZACIÓN RACIONAL Y APROPIADA (pts. 57-60)	Una utilización racional y apropiada favorece la prescripción, dispensación, venta o utilización de los medicamentos. Para ello la elección de recetas, los errores farmacéuticos o el consumo incorrecto son factores en los que incidir.
CALIDAD	7. CALIDAD (pts. 61-66)	Hay que proteger a la población de los medicamentos insalubres o de mala calidad. Situación que se da en muchos países con los denominados “medicamentos falsificados” y que hay que evitar, por poner dos ejemplos, a partir de un registro y una comercialización eficiente.

Fuente: elaboración propia basada en AGNU (2013). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, relativo al acceso a los medicamentos*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/HRC/23/42.

En lo que respecta a que haya una cantidad suficiente de medicamentos (dígase, *disponibilidad*), producir localmente medicina (1) favorece su adquisición y uso local. Un factor que es determinante sobre todo en los países menos ricos³⁷ a las que podrían sumarse la aplicación de listas de medicamentos nacionales (2) que reducen y enfocan la financiación pública de medicamentos tan solo hacia unos concretos. Junto a ello, la adquisición (3) transparente y eficiente garantizaría la disponibilidad de medios para hacer frente a las necesidades de la población, siendo a su vez necesario un abastecimiento eficiente de estos y que su distribución (4) llegue a todo el espacio geográfico de un Estado.

Por otro lado, aparte de esta última accesibilidad física, la *asequibilidad* se vuelve fundamental, siendo necesario que los precios y su fijación (5) respondan a la capacidad de la población y de los Estados para adquirirlos, en vez de al ideario mercantil del lucro y del beneficio. De esta forma, la producción local, por ejemplo, evitaría el alto costo de estos productos a causa de los aranceles de importación o los impuestos que un Estado paga cuando compra ciertas prestaciones a otro país.

Finalmente, en respuesta a la *aceptabilidad* y la *calidad*, es necesario, por un lado, que los medicamentos sean utilizados de manera racional (6), evitando su consumo incorrecto o excesivo; mientras que, por el otro, los medicamentos deben ser de calidad (7) y reflejar el resultado de las investigaciones clínicas y preclínicas realizadas sobre ellas. Por ello, hay que evitar que medicamentos falsificados entren en el mercado y mantener un registro concreto de aquellos que terminan por comercializarse.

1.3.2. Obligaciones y responsabilidades de los Estados y otros actores en torno a la garantía del DAME

Estas formulaciones y regulaciones no tienen mucho futuro si no establecen en su interior deberes o sujetos obligados a cumplirlos. De esta manera, en cuanto al derecho a la salud, el CDESC reconoce cuatro obligaciones legales de carácter general a los EM: 1) obligaciones inmediatas como el derecho a la no discriminación y la adopción de medidas para lograr el “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; 2) avanzar hacia su plena realización en la medida que el derecho a la salud implica una realización progresiva; 3) en caso de aplicar medidas regresivas, justificar que se examinó el resto de las alternativas posibles; y 4) respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud (CDESC, 2000, pts. 30-33).

Entre ellas, profundizando en las obligaciones específicas, damos a los últimos tres niveles una mayor consideración:

- a) *Respetar*: la obligación de respetar el derecho a la salud a través de la no denegación o limitación en el acceso, abstenerse de imponer prácticas que fomenten la discriminación o impedir y prohibir cuidados preventivos o prácticas curativas.
- b) *Proteger*: velar por el acceso a la atención sanitaria a través de las leyes, evitar que la privatización suponga una amenaza para los cuatro componentes o controlar por terceros la comercialización del equipo médico o de los fármacos.

³⁷ Cabe apuntar que *la riqueza* no es tan solo una cuestión pecuniaria. Aunque en el trabajo lo presentaremos de esta manera, un país o un territorio puede ser rico por su cultura, su gastronomía o su naturaleza, por ejemplo.

c) *Cumplir*: aplicar leyes y adoptar una política nacional de salud detallada, velar por un número suficiente de hospitales y personal médico o revisar frecuentemente una política nacional enfocada en la reducción de accidentes laborales y enfermedades profesionales (CDESC, 2000, pts. 34-37).

Obligaciones que, sin embargo, son incumplidas en bastantes ocasiones y tienen como resultado diferentes ejemplos de exclusión sanitaria como las representadas en la Tabla 4. Ejemplos que adelantamos pero profundizaremos en ellos en próximos capítulos.

Tabla 4. Violaciones de las obligaciones específicas de los Estados

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	VIOLACIONES
RESPETAR	Denegar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos a causa de la discriminación.
	Ocultar información relevante para la protección o el tratamiento de la salud.
	Suspender leyes y adoptar políticas regresivas.
	No tener en cuenta las obligaciones legales a la hora de llegar a acuerdo con empresas multinacionales.
PROTEGER	No adoptar medidas que protejan la violación del derecho a la salud a personas por parte de terceros.
	No proteger a las y los consumidores y trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud.
	No cumplir las leyes que impidan la contaminación del agua o el aire.
CUMPLIR	No aplicar una política nacional de salud enfocada en la garantía del derecho a la salud.
	Gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos.
	No vigilancia mediante indicadores del ejercicio nacional del derecho a la salud.

Fuente: elaboración propia basada en CDESC (2000). *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N.º14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Ginebra: Naciones Unidas. E/C.12/2000/4. pts. 50-52.

En lo relativo al DAME, el Relator Especial realizó un examen de este derecho en el informe presentado en 2006. En él, las responsabilidades específicas de los Estados pueden resumirse a través de los siguientes puntos:

59. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y facilitar el cumplimiento del derecho al más alto nivel posible de salud. Por ejemplo, la obligación de respetar obliga a un Estado a asegurarse de que su política en materia de medicamentos no discrimina a la mujer, las minorías étnicas o los grupos desfavorecidos. La obligación de proteger requiere que un Estado garantice que no hay ningún tercero que obstaculice el disfrute del derecho a la salud; por ejemplo, un Estado ha de garantizar que la privatización del sector de la salud promueve y no obstaculiza la realización del derecho a la salud. La obligación de facilitar el cumplimiento requiere que un Estado proporcione a quienes viven en la pobreza medicamentos esenciales a los que no tienen acceso.

60. En otras palabras, un Estado puede contratar la prestación de servicios de salud con una empresa privada, pero no puede subcontratar sus obligaciones respecto del derecho a la salud. Un Estado siempre mantiene una responsabilidad residual respecto de la reglamentación adecuada de sus sistemas de salud y de medicamentos, así como en favor del bienestar de los grupos más desfavorecidos de su jurisdicción. (AGNU, 2006b)

En cuanto a las responsabilidades del resto de actores, tanto el CDESC como el Relator especial coinciden en señalar que, pese a que dicha responsabilidad esté enfocada en los EM y son ellos quienes tienen que rendir cuentas en un mayor grado, estamos hablando de una responsabilidad compartida. Tanto las y los particulares, profesionales de la salud, familias, comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado (como las corporaciones farmacéuticas) tienen parte de responsabilidad en la realización del derecho a la salud y en la garantía del acceso a los medicamentos (CDESC, 2000, pt.42; AGNU, 2006b, pt.82).

En relación con ello, Paul Hunt (el que fuera Relator Especial) y Mary Robinson (presidenta de *Realizing Rights: The Ethical Globalization Initiative*³⁸ y antigua Alta Comisionada de las Naciones Unidas para Derechos Humanos), con la finalidad de fomentar la responsabilidad de las corporaciones propusieron unos encuentros divididos en dos etapas.

En un primer paso se sugirió realizar encuentros entre expertas y expertos y representantes de las farmacéuticas para encontrar puntos de coincidencia y plasmarlo en un informe final. Informe que se tendría en cuenta en una segunda parte, donde un pequeño grupo de expertas y expertos se encargaría de evaluar las políticas y prácticas en determinadas empresas (AGNU, 2008b).

Salvo Novartis y NovoNordisk, la mayoría de las corporaciones no mostraron interés alguno en participar. Por lo tanto, no quedó más remedio que descartar dicha propuesta. En cambio, el Relator Especial insistió en concretar las obligaciones o directrices sobre derechos humanos de estos sectores privados. Con este fin, tras varias reuniones entre 2003-2006 y realizar un seminario en 2007 en la Universidad de Toronto, fue publicado un documento con 47 directrices dirigidas a las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos (AGNU, 2008b).

Entre estas directrices (Tabla 5) destacamos el compromiso que tienen que tomar las corporaciones en torno a los derechos humanos en sus estrategias y políticas empresariales. Esta tiene que hacerse pública y ser realizada de manera detallada en sus diferentes programas y proyectos donde, a su vez, debían de establecerse códigos de conducta que cumplieren con criterios éticos.

Del mismo modo, se responsabiliza a este sector en la búsqueda de necesidades que cubran especialmente a aquellas requeridas por las y los niños, las personas con escasos recursos o las personas de mayor edad. También, teniendo consideración las cuestiones relativas al género y a la investigación y el desarrollo de respuestas a las enfermedades ignoradas.

³⁸ Organismo fundado en 2002 que en vinculación con el Instituto Aspen, la Universidad de Columbia y el Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos, “se compromete a convocar a las partes interesadas clave en nuevas alianzas para integrar conceptos de derechos humanos, igualdad de género y una mayor responsabilidad en los esfuerzos para abordar los desafíos globales y las deficiencias de gobernanza”. OMS (2020a). *Realizing Rights – The Ethical Globalization Initiative*. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.who.int/workforcealliance/members_partners/member_list/realizingrights/en/#

Tabla 5. Directrices sobre derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos

DIRECTRICES	CONTENIDO
Generalidades (pts. 1-4)	La empresa debe formular una declaración sobre su política de derechos humanos vinculada con sus estrategias, programas, proyectos y actividades e integrar en estas los derechos humanos, incluido el derecho al nivel de salud más alto posible. A su vez, debe cumplir la legislación nacional del Estado en que actúe, así como toda legislación pertinente del Estado en que esté domiciliada.
Personas, comunidades y poblaciones desfavorecidas (pt.5)	Al formular y ejecutar las actuaciones que inciden en el acceso a los medicamentos, la empresa debe prestar particular atención a las necesidades de las y los niños, las personas mayores, las y los pobres y las cuestiones relacionadas con el género.
Transparencia (pts. 6-8)	En relación con el acceso a los medicamentos, la empresa debe ser todo lo transparente posible, dando a conocer la información relacionada con el acceso a los medicamentos que tenga en su poder.
Gestión, vigilancia y rendición de cuentas (pts. 9-14)	La empresa debe alentar y facilitar la intervención de interesados múltiples en la formulación de sus políticas, programas, proyectos y otras actividades que incidan en el acceso a los medicamentos. A su vez, deberá tener una política pública detallada y un sistema de gobernanza que incluya la responsabilidad y la rendición de cuentas.
Corrupción (pts. 15-16)	La empresa debe adoptar públicamente políticas y medidas eficaces contra la corrupción y cumplir la legislación nacional pertinente aplicando la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción.
Influencia, promoción y presión en relación con las políticas públicas (pts. 17-19)	La empresa debe dar a conocer todas las posturas que mantenga en materia de promoción y presión y, anualmente, el apoyo financiero y de otra índole prestado a los principales líderes de opinión, asociaciones de enfermos, departamentos universitarios, etc.
Calidad (pt. 20)	La empresa debe fabricar medicamentos que cumplan las directrices sobre buenas prácticas de fabricación de la OMS así como otros requisitos adecuados en materia de calidad, seguridad y eficacia.
Ensayos clínicos (pts. 21-22)	En los ensayos clínicos que realice la empresa deben observarse las normas éticas y de derechos humanos más rigurosas, incluidas las relativas a la no discriminación, la igualdad y el consentimiento informado. Para ello, deberá ajustarse a la Declaración de Helsinki, así como a las directrices sobre buenas prácticas clínicas de la OMS
Enfermedades desatendidas (pts. 23-25)	La empresa debe comprometerse públicamente a contribuir a la investigación y desarrollo relacionados con las enfermedades desatendidas.
Patentes y licencias (pts. 26-32)	La empresa debe respetar el derecho de los países a utilizar el mecanismo de las flexibilidades y el espíritu de la Declaración de Doha.
Establecimiento de precios, aplicación de descuentos y donaciones (pts. 33-38)	Al formular y aplicar su política de acceso a los medicamentos, la empresa debe examinar todos los arreglos a su disposición con miras a asegurar que sus medicamentos sean asequibles para el mayor número posible de personas. Para ello se deberá tener en cuenta el grado de desarrollo económico del país, así como el distinto poder adquisitivo de los grupos de población dentro de cada país.
Promoción y comercialización éticas (pts. 39-41)	La empresa debe adoptar medidas eficaces para asegurar que los particulares puedan acceder fácilmente a toda la información que incida en la seguridad, la eficacia y los posibles efectos secundarios de un medicamento. Además, deberá contar con un código de conducta aprobada a criterios éticos. Y tendrá que dar a conocer sus políticas y actividades de promoción y comercialización, incluidos los costos.
Alianzas entre el sector público y el privado (pts. 42-45)	Al participar en una alianza entre el sector público y el privado, la empresa debe seguir aplicando las presentes Directrices y asegurarse de que se ajustan plenamente a estas.
Asociaciones de empresas farmacéuticas (pts.46-47)	En la medida en que las presentes Directrices son aplicables a las estrategias, políticas, programas, proyectos y actividades de las asociaciones de empresas farmacéuticas, se aplicarán igualmente a todas las asociaciones de ese tipo.

Fuente: AGNU (2008b). *Nota del secretario general*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/63/263.

Además, se recomienda transparencia en todos los aspectos relativos al acceso a medicamentos, como dar a conocer la presión ejercida por los *lobbies* o el apoyo pecuniario a las y los líderes de opinión, profesionales médicos e incluso a las propias asociaciones de enfermas y enfermos. En este aspecto, las últimas directrices señalan que todas estas medidas se aplicarán en todas las operaciones de las corporaciones, incluso en las empresas que se encuentren en una asociación de empresas farmacéuticas.

En suma, podríamos traer a debate, muy brevemente, el análisis sobre qué entienden por responsabilidad las grandes corporaciones farmacéuticas (un tema complejo que daría para otra investigación más extensa). De esta manera, tomando como ejemplo el rechazo del proyecto de Hunt y Robinson por las grandes empresas farmacéuticas, resulta necesario incidir que estas prefieren apostar por una autorregulación en el marco de los deberes antes que por una regulación internacional.

Como una especie de “instrumento de legitimación social”, las grandes corporaciones prefieren apostar por la conocida Responsabilidad Social Corporativa (RSC) (Madrid Pérez, 2013, p.213). Una apuesta definida por el Observatorio de Responsabilidad Social y Corporativa (2021) como “[...] una forma de dirigir las empresas basado en la gestión de los impactos que su actividad genera sobre sus clientes, empleados, accionistas, comunidades locales, medioambiente y sobre la sociedad en general”.

De este modo, si antes de la década de los 90 estas empresas tan solo rendían cuentas a sus accionistas, desde estas fechas se amplió la mirada y el “compromiso” hacia un grupo más amplio donde se incluyen las partes interesadas e implicadas y las personas afectadas por las acciones de la empresa (las y los conocidos como *stakeholders*).

Por poner un ejemplo, Janssen es una farmacéutica belga filial de Johnson & Johnson (en el puesto n.º104 de la lista Global 500 en 2020) que en su Informe de RSC publicado en 2018 se marcó como metas de autorregulación: contribuir a la mejora de la salud de la sociedad; promover una política de recursos humanos responsable para sus empleados; colaborar con diversas ONG en el ámbito local e internacional; y contribuir al cuidado del medio ambiente (Janssen, 2018, p.5).

En este aspecto, bajo el lema “Nuestro compromiso: transformar el futuro en presente”, su responsabilidad se dirige a parte de sus accionistas, a las y los empleados, la comunidad, el medioambiente, las y los pacientes y su entorno, el personal sanitario y las y los proveedores (Janssen, 2018, p.13).

El tema resulta ser interés puesto que la RSC parece ser un instrumento que cuida la imagen de la corporación hacia el exterior y se asienta sobre diferentes clichés que el mercado se apropia actualmente como la sostenibilidad, el medio ambiente o la solidaridad. No obstante, más allá de la realidad, tal y como señalaremos en el núcleo de esta investigación, las actuaciones de la Industria Farmacéutica dejan mucho que desear cuanto estos compromisos se incumplen. Por ello, resulta necesario poner en cuestión si se autorregulan lo suficiente o estas vías cumplen con un discurso de los derechos humanos.

CAPÍTULO 2. LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA: PROBLEMATIZACIÓN Y DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA FALTA DE GARANTÍA DEL DAME

Tras tener mayor conocimiento histórico y jurídico-político sobre el DAME, a continuación incidiremos en los obstáculos o las dificultades que impiden su garantía. De este modo, el primer apartado (2.1. *Las dificultades en la garantía del DAME*) servirá para establecer la naturaleza jurídica de nuestro objeto de estudio. Una tarea que ya iniciamos en la anterior sección y se complementará con las influencias que ha tenido el ideario neoliberal en la interpretación del derecho a la salud o las irresponsabilidades de la Industria Farmacéutica en el cumplimiento de sus deberes.

De este modo, propondremos una concepción que no se detiene tan solo en interpretar el DAME como derecho *social* o derecho de *segunda generación*. Nuestro posicionamiento es el siguiente: dentro de la interpretación discursiva/contestataria de los derechos humanos, el DAME puede ser concebido como un *derecho humano emergente*, tal y como lo reconoce Chapman (2016a) o la *Declaración Universal de Derechos Humanos Emergentes* (DUDHE). Una posición a la que podríamos añadir la concepción de los medicamentos como *bien social*, una posición dada por Ferrajoli ([2013]2014) en aquello que denomina “la esfera de lo no decidible” (2.2. *El DAME como derecho emergente y bien social desde una óptica discursiva*)

Fijada esta posición, intentaremos reflejar casos, realidades y vivencias que evidencian la magnitud del no acceso (2.3. *Magnitud y realidades del acceso a medicamentos esenciales*). Un contexto que históricamente ha afectado en mayor medida a los países menos ricos, denominados también como “del Sur”, pero que en las últimas décadas también nos afecta de cerca.

Por poner un ejemplo cercano a esta última afirmación, según el último Barómetro Sanitario español, un 2,6% de la población dejó de tomar algún medicamento recetado por la sanidad pública *por motivos económicos* en los últimos doce meses. Porcentaje que equivaldría a más de 1.200.000 personas (Ministerio de Sanidad, 2020c).

No obstante, tras situar su carácter jurídico como su magnitud y sus distintas realidades, en un apartado final (2.4. *La búsqueda de un nuevo término de referencia en materia de la falta de garantía del DAME*) reflexionaremos sobre cómo es más conveniente llamar a este problema del “incumplimiento” o el “no acceso” a los medicamentos esenciales. Por ello, aspiraremos a delimitar y reflexionar conceptualmente este daño que, según nuestra opinión, no queda suficientemente reflejada en la literatura académica ya que tan solo se limita a denominarla como “falta de acceso”, “barreras en el acceso” o “brechas en el acceso”.

En consecuencia, analizaremos como posibles alternativas las expresiones de “pobreza farmacéutica” y “exclusión farmacéutica” con la finalidad de que estas puedan abarcar en su concepción cuestiones como: ¿a qué se refiere el no acceso “por motivos económicos” en relación a los datos aportados por el Barómetro Sanitario español? ¿la falta de acceso depende tan solo de la condición o situación de aquellas personas que lo necesitan? Como lo delata el título de nuestra tesis, nos inclinaremos por la segunda alternativa, la de la exclusión, por lo que argumentaremos los motivos por los que hemos decidido optar por ella.

2.1. Las dificultades en la garantía del DAME

2.1.1. La deriva neoliberal del concepto de la salud

Dando inicio al contenido del capítulo, en este apartado presentaremos brevemente las tesis neoliberales/libertaristas que han incidido o han tenido influencia en el concepto actual de la salud y su protección (que serán objeto de estudio en posteriores capítulos). Por ello, debemos comenzar por recordar, como argumenta Estévez Araujo (2013, p.16), que los derechos humanos y su lucha fueron y son una respuesta contra la dominación. Recordemos, el DAME adquirió repercusión y relevancia internacional gracias a las movilizaciones realizadas en países como Sudáfrica, India o Brasil a finales y comienzos de los siglos XX y XXI.

Sin embargo, a costa de las posiciones políticas, económicas y jurídicas vinculadas al capitalismo, intentaremos afirmar la tentativa de que su defensa y su garantía se ha visto debilitada. Por poner un ejemplo, con el neoliberalismo se ha propuesto eliminar conceptos como “bien público” o “responsabilidad social” y se ha intentado reemplazarlos por una *responsabilidad individual* (Chapman, 2016b, p.85).

Iris Marion Young, en una obra póstuma que tendrá especial relevancia en esta investigación, ponía como ejemplo la Guerra a la Pobreza realizada por EE. UU. En 1996, bajo el primer mandato de Bill Clinton (1993-1997), se refrendó el *Acta de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Trabajo*, un hecho que cambió los criterios de asistencia social y dificultó el acceso a una población concreta (Young, 2011, p.29). De este modo, la pobreza, el desempleo o no disponer de un hogar fueron resultados atribuidos a las propias personas que lo padecían, supuestamente, por su conducta marginal y autodestructiva (Young, 2011, p.27).

En consecuencia, al apelar a esta *responsabilidad personal*, se invita a la propia subsistencia y a no depender de los demás ni de las retribuciones del Estado (Young, 2011, pp.33-34). Pues bien, es en parte, en esta misma línea en la que consideramos que la concepción de la salud se ha transformado gracias al dominio de las teorías de la justicia aplicadas a la salud e influenciadas en las tesis libertarias.

Con el fin de exponer las diferencias entre las distintas teorías de la justicia o aquellas aplicadas a la salud, tomaremos como punto de partida el ejemplo citado por el filósofo Puyol González en su ya más que conocido artículo “¿A quién debemos dejar morir?” (2000). En él se señala un caso real, fechado en 1999, de un hombre de 52 años que, tras varios infartos, le fue diagnosticado una grave cardiopatía crónica en un hospital público donde vieron que requería de un trasplante de corazón.

El caso fue noticia precisamente porque el Hospital Ramón y Cajal (Madrid) se negó a incluirlo en la lista de espera para el trasplante alegando que el señor vivía en condiciones precarias (no tenía domicilio fijo ni trabajo) y, por ello, su recuperación no podía ser garantizada (Martínez Ahrens, 1999). Esta negación describe la primera corriente: *el utilitarismo*. Una postura defendida por Bentham ([1789]2008), J.S. Mill ([1863]1984), J. Mill ([1829]2009) o Sidgwick ([1874]2011) que se muestra a favor de maximizar la felicidad o el placer y evitar el dolor o el sufrimiento. Por resumirlo en un frase: “el mayor bienestar para el mayor número posible de personas”.

Bajo esta interpretación, la distribución de recursos (escasos) a las que se ven obligadas y obligados impartir las y los profesionales de atención sanitaria, aspira a

umentar la salud de toda la ciudadanía. Por todo ello, destacando en materia de salud personalidades como Singer, Mckie, Richardson o Kuhse, el instrumento que consideran más acorde para calcular dicho “bienestar” es el método AVAC (o QALY). Unos cálculos donde los estados y programas sanitarios se comparan y clasifican por los criterios de los Años de Vida Ajustados por Calidad. Un método que combina en una sola medida la calidad de vida con la cantidad de vida (Mckie *et al.*, 1996, p.534)³⁹.

De este modo, tomando el caso del señor de 52 años, resultó preferible trasplantar un corazón a otra persona que tuviera garantizada de una manera más “estable” su recuperación y calidad de vida. No obstante, el utilitarismo ha sido la principal diana de las corrientes alternativas que han adquirido fuerza en las últimas décadas: el *libertarismo* (conservador, no de izquierdas) y el *igualitarismo*.

Por comenzar con el primero de ellos, con el propósito de sentar las bases teóricas y filosóficas de las violencias que veremos en próximos capítulos, como de un viaje del profesor Nicholas Caritat se tratase⁴⁰, resulta necesario realizar la primera parada en las tesis de Robert Nozick, principal referente del libertarismo. Figura que junto a sus compañeros de ideario defendían que no había margen para la justicia distributiva, por lo que la igualdad no tenía lugar si no era a través de la libertad individual (Cernadas, 2009, pp.81-82). Según esta postura, la justicia consiste en respetar y validar lo que las y los adultos escogen voluntariamente, siendo esa misma libertad individual el núcleo principal que debe de garantizar los derechos individuales (Sandel, [2009]2018, p.73).

Por limitarnos a señalar algunas de las principales características y diferencias entre las diferentes teorías, las principales tesis de Nozick se encuentran recogidas en *Anarquía, Estado y Utopía* ([1974]1991). Obra que como recuerda Luevano Cayón (2018, p.109), se fundamenta sobre tres grandes ejes:

- i) *Anarquía*, en cuanto refuta al anarquista haciendo defensa de un Estado mínimo que surge desde un estado natural;

[...] el Estado surgiría de la anarquía (tal y como es representada en el estado de naturaleza de Locke), aunque nadie intentara esto ni tratara de provocarlo. Surgiría por un proceso que no necesita violar los derechos de nadie. (Nozick, [1974]1991, p.8)

- ii) *Estado*, en cuanto critica las teorías de la justicia distributiva y el papel del Estado ya que tiene este una participación activa en la distribución de recursos; y

Mis conclusiones principales sobre el Estado son que un Estado Mínimo, limitado a las estrechas funciones de protección contra la violencia, el robo y el fraude, de cumplimiento de contratos, etcétera, se justifica; que cualquier Estado más extenso violaría el derecho de las personas de no ser obligadas a hacer ciertas cosas y, por tanto, no se justifica que el Estado mínimo es inspirador, así como correcto. (Nozick, [1974]1991, p.7)

- iii) *Utopía*, en cuanto presenta su propuesta como razonable e interesante incluso para las y los defensores de la utopía.

³⁹ Puede profundizarse más en: SINGER, P. ([1979]1991). *Ética práctica*. Barcelona: Ariel; MCKIE, J. ET AL. (1998). *The Allocation of Health Care Resources: An Ethical Evaluation of the 'QALY' Approach*. Londres: Routledge.

⁴⁰ Personaje creado por Steven Lukes que en la fábula *satírica El Viaje del profesor Caritat o Las desventuras de la Razón* ([1995]2015) recorre de país en país las luces de algunas de las líneas filosófico-políticas más conocidas como el utilitarismo, el comunitarismo o el libertarismo.

[...] ¿no carece de lustre la idea, o el ideal, del Estado Mínimo? ¿Puede llegar al corazón o inspirar a las personas para que luchen o se sacrifiquen? ¿Habrá alguien que excavará barricadas bajo su bandera? (Nozick, [1974]1991, p.287)

A modo de síntesis, poniendo especial foco en la idea del *Estado Mínimo*, el papel del Estado debía de limitarse tan solo a proteger a las personas contra el robo, el fraude y el uso ilegítimo de la fuerza (Gargarella, 1999, p.45; Zuñiga Fajuri, 2013, p.340). El Estado no puede interferir en las decisiones voluntarias e intervenir en hechos, resultados o situaciones generadas (aparentemente) por una responsabilidad personal.

En suma, su posicionamiento sobre la distribución de recursos se describe con el caso hipotético que dio sobre Wilt Chamberlain, jugador de la NBA que a principios de los 70 llegó a tener un salario de 200.000 dólares por temporada (Nozick, [1974]1991, pp.163-165). Actualizado por Sandel ([2009]2018, p.78) al caso de Michael Jordan y los 31 millones de dólares que cobró en su última temporada, el supuesto consistía en que toda la plantilla de los Bulls (incluido Jordan) partía al inicio con un salario igualitario.

Jordan tenía gran demanda y fue objeto de deseo para muchos equipos. Dando por supuesto que los contratos eran de un año y él agente libre, los Bulls le ofrecieron el siguiente contrato: en cada juego como local, quienes querían verle depositarían voluntariamente 5 dólares en una caja cada vez que compraban una entrada. Cantidad que al finalizar la temporada se lo llevaría el jugador, sumando el monto total 31 millones de dólares (un salario superior a la de cualquier otro jugador).

La cuestión que se planteaba Nozick era: ¿tiene este jugador derecho a ingresar esta cantidad de dinero? En el caso hipotético de que todas las personas tuvieran en un comienzo el mismo derecho a disponer de determinados recursos ¿no incluye esto estar facultado o facultada para intercambiarlo por el espectáculo del juego de Jordan? Con este planteamiento, según Nozick, la justicia distributiva se enfrentaba a dos problemas: 1) intervenir para hacer frente a la desigualdad económica supondría continuamente deshacer elecciones individuales; y 2) intervenir de este modo (por ejemplo, cobrando impuestos a Jordan) violaría sus derechos al quitarle lo que ha ganado. Así, la intervención del Estado y la participación social en sus propósitos solo sería el reflejo de que el Estado es parcialmente dueño de las personas (Sandel, [2009]2018, p.78).

Si aplicamos esta posición a la concepción de la salud, no son las necesidades humanas las que determinan la distribución de los recursos sanitarios, sino la capacidad de pago de cada persona (Zuñiga Fajuri, 2013, pp.340-341). Como resultado, el derecho a la salud es negado y se señala su no existencia a favor de los derechos de libertad y propiedad donde no es el Estado el que tiene algo que decir, sino el Mercado. Por eso, la salud no es considerada como un “bien especial” para las y los afines al neoliberalismo (De Lora y Zuñiga Fajuri, 2009, p.52; O’Connell, 2007, p.497).

Son referencia en la defensa de estas tesis autores como Engelhardt ([1986]1995), Buchanan (1984), Epstein (1997) o Sade (1971; 2002). Según el primero de ellos, Engelhardt, la afirmación de un derecho a la salud implica afirmar la existencia de un imperativo de justicia relativo a la salud. Así, la enfermedad podría entenderse como injusticia cuando verdaderamente, según su posición, todo es cuestión del azar (Lema Añón, 2009, p.78). Dicho con sus palabras: “un sistema sanitario es el intento colectivo de asegurarse contra las pérdidas sufridas en la lotería natural y social planeando racionalmente la beneficencia humana” (Engelhardt, [1986]1995, p.433).

Por su parte, Buchanan (1984), menos extremo, reconoce que podría haber un derecho a la salud, pero este estaría limitado: “un derecho (universal) a un mínimo decente de protección de la salud”. La única respuesta sería, como obligación moral básica de caridad, una “beneficencia forzada” (Buchanan, 1984, p.69).

Una posición parecida a la de Epstein que, en torno a la discusión del principio de distribución, considera que la asistencia sanitaria puede compararse con los autos rápidos y las segundas casas residenciales (1997, p.112). Tal y como recuerda Zuñiga Fajuri (2013, p.342), Epstein rechaza la existencia de derechos positivos (aquellos que requieren de la intervención del Estado), anteponiéndose frente a ellos el libre mercado y derivándose a la caridad las personas que no pueden permitírselo.

Esto quiere decir que una enfermedad o una molestia es fruto de la “lotería natural”. Para recibir una atención sanitaria hay que acudir al mercado porque la salud y la asistencia sanitaria son mercancía (Vidiella, 2000, p.27). Por todo ello, quienes no puedan acudir por motivos pecuniarios tendrían un servicio mínimo gestionado por la beneficencia. En palabras de Sade:

[...] ningún bien o servicio está más allá de las leyes de la economía... la opción de si comprar los servicios médicos y no así otro bien o servicio pertenece al consumidor como una consecuencia lógica del derecho a su propia vida. (Sade, 1971, p.1291)

Si adaptamos estas tesis al caso de la negación del trasplante, al no considerarse la salud un bien especial, al limitarse la intervención del Estado y ampliarse la libertad de decidir del individuo, se apuesta por un sistema de atención sanitario privado. En el supuesto de necesitar una intervención, está habría que pagarlo (siendo la beneficencia la vía para aquellas personas que no pueden permitírselo). No hay justicia distributiva.

Tras esta segunda corriente, el rival con más potencial frente al libertarismo resulta ser el *liberalismo igualitario* que toma como ejes la equidad y la igualdad. De esta forma, intentando ser también una alternativa al utilitarismo, las tesis de John Rawls ([1971]2006) marcaron un antes y un después en materia de las teorías de la justicia.

Según el propio Rawls, sus tesis intentan generalizar y elevar la abstracción de la teoría tradicional del contrato social de Locke, Rousseau y Kant ([1971]2006, pp.9-10). Por ello, el contrato original no es aquel que se establece para ser parte de una sociedad o establecer una forma particular de gobernanza, sino la idea de que los principios de la justicia son aquellos que forman la estructura básica de una sociedad, siendo este el verdadero objeto de ese acuerdo (Rawls, [1971]2006, p.24).

Dichos principios en los que establece esta hipotética “posición original” son:

Primero: Cada persona ha de tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás.

Segundo: Las desigualdades sociales y económicas habrán de ser conformadas de modo tal que a la que: a) se exprese razonablemente que sean ventajosas para todos; b) se vinculen a empleos y cargos asequibles para todos. (Rawls, [1971]2006, pp.68/280)

Como resultado, tal y como diría Nagel, la *Teoría de la Justicia* de Rawls es una combinación de los principios de igualdad social y economía (socialismo europeo) con los principios de tolerancia pluralista y la libertad personal (liberalismo americano) (2003, p.63). Así, su teoría se centra en un “criterio de *máximim*” que parte de una hipotética

situación de igualdad donde en caso de surgir desigualdades la distribución se realizaría de forma que se favorezca a las y los menos aventajados, tratando de este modo de maximizar su situación (Cernadas, 2009, p.65).

En este aspecto, no se pretende conseguir el mayor bienestar para la mayor parte de las personas (como defenderían las y los utilitaristas), sino “nivelar” o combatir la desigualdad dando prioridad en la distribución de recursos a las personas con peor situación socioeconómica. Por todo ello, al hombre de 52 años no se le hubiese negado de incluirlo en la lista de espera precisamente por su situación de pobreza.

En cambio, a diferencia de este “criterio de *máximim*”, Sen (1988; [2009]2010) o Nussbaum ([2000]2012) apuestan por el “criterio de las capacidades básicas”. Un enfoque en el que lo que hay que tomar en cuenta es algo “posterior” a la tenencia de esos recursos, pero “anterior” a la obtención de utilidad: la capacidad de cada sujeto para convertir o transformar esos recursos en libertades (Gargarella, 2009).

Desde la economía (en el caso de Sen) o la filosofía (en el de Nussbaum), se defiende que los derechos básicos tienen que ser respetados y aplicados por los gobiernos de todos los países como requisito mínimo del respeto por la dignidad humana. Las capacidades lo conforman aquello que las personas son capaces de hacer y ser ya que, una vida desprovista de éstas no sería una vida acorde con la dignidad humana (Nussbaum, [2006]2007, p.83).

En este sentido, como bien sintetiza Puyol González (2000), la justicia debería perseguir la igualdad de capacidades que hacen falta para conseguir nuestras posibilidades de desarrollo. Aparte de una recuperación física futura que responda a las necesidades médicas, se tiene en consideración cómo pueden transformarse esos recursos en *capacidades*. Dicho de otra manera, como pueden igualarse las condiciones de salud de la población.

Sobre el caso de 1999, la condición de pobreza del sujeto implica que se priorice su atención porque, aparte de preguntarse sobre cuál será su recuperación futura, los recursos sanitarios posteriores (como el seguimiento postoperatorio o la prevención de futuros problemas) fomentarán sus capacidades.

Si trasladamos estas posiciones a la materia de salud, Daniels (1981; 1982; 2007), con influencias *ralwsianas*, muestra una posición contraria a la neoliberal y considera que la asistencia sanitaria sí que es un bien especial. Por ello, bajo el principio de una equitativa igualdad de oportunidades, las instituciones sanitarias son incluidas en la estrategia de proporcionar ese tipo de justicia (Lema Añón, 2009).

Dworkin ([1990]1993; 1994; [2000]2003), por su parte, otro de los referentes del igualitarismo, parte de la idea de la igualdad moral. Reconoce un cuidado sanitario mínimo por parte del Estado donde no hay responsabilidad individual por la posición económica y cultural en la que se nace, pero sí por las decisiones y actos que se realizan (Luevano Cayón, 2018, p.164).

Las cuatro ideas básicas de su teoría, sintetizadas por Gargarella (1999, pp.70-71), son las siguientes:

- 1) el liberalismo igualitario debe distinguir entre “personalidad” y las “circunstancias” que rodean a cada uno;

[...] la igualdad liberal depende de una distinción nítida y llamativa entre personalidad y circunstancia. Las personas tienen que ser iguales, hasta donde sea posible, respecto de los recursos que controlan, los cuales incluyen tanto los recursos personales como los impersonales. Pero no tienen por qué ser iguales respecto de su bienestar. Tienen que ser ellas mismas responsables de sus gustos y sus proyectos y ambiciones y de los demás rasgos de personalidad en virtud de los cuales una persona puede juzgar su vida mejor o peor que otra que dispone de idénticos recursos. Así, nadie puede considerarse legitimado para tener más recursos sólo porque sus gustos sean más caros o sus ambiciones más peligrosas, o porque las exigencias que se plantea a sí mismo sean más arduas de cumplir. (Dworkin, [1990]1993, pp.91-92)

- 2) una buena concepción igualitaria debe rechazar como métrica la igualdad, el bienestar o la satisfacción que pueda alcanzar cada uno y es que la situación de las personas se evalúa conforme a los recursos que poseen y no el grado de satisfacción que pueden obtener;

La igualdad liberal, como ya se ha señalado, rechaza el bienestar como métrica de justicia, en favor de los recursos. Considera ideal una situación en la que las personas son iguales respecto de los recursos aunque sean muy desiguales respecto de su bienestar. (Dworkin, [1990]1993, p.93)

- 3) la justicia no debería centrarse tan solo en los recursos, quién los tiene o los necesita... sino que, además, estos recursos deberían de ser iguales; y

[...] no solo [...] la justicia es una cuestión de recursos, sino que es una cuestión de recursos *iguales* (Dworkin, [1990]1993, p.94)

- 4) sobre la tolerancia, un estado igualitario debe ser neutral en materia ética.

[...] el gobierno debe ser neutral éticamente [...] no debe prohibir o premiar actividad privada alguna basándose en que una clase de valores éticos substantivos, una clase de opiniones acerca de cuál sea el mejor modo de vivir, es superior o inferior a otras. (Dworkin, [1990]1993, p.94)

Al respecto, autores como Segall (2009), Cohen (1997) o Arneson (1989) parten de esta línea de pensamiento *dworkiniana*, mientras que Anderson (1999) defiende una posición más *rawliana*. Dentro del igualitarismo también se situarían Venkatapuram (2011), Prah Ruger (2010) o Pogge (2008).

Por el contrario, Michael Sandel reconoce que aunque el igualitarismo no considera los derechos como “cálculos” (como lo hiciera el utilitarismo), sí que se sitúa en el enfoque de la libertad al igual que el libertarismo. Una posición diferente a la defendida por el autor que es partidario de las tesis *comunitaristas* junto a pensadores como MacIntyre ([1981]2011; [1988]2001), Taylor (1979) o Walzer ([1983]1996).

Según esta última corriente de pensamiento (sin entrar en otras como el feminismo, el marxismo analítico, la teoría crítica, el globalismo o el republicanismo), en contraposición a lo visto, “la justicia supone cultivar la virtud y razonar acerca del bien común”. Para conseguir una sociedad justa, la participación pública se vuelve esencial y necesaria junto a un razonamiento colectivo sobre el significado de la “vida buena” y la creación de cultura pública (Sandel, [2009]2018, p.295).

Dicho lo cual y vistas las diferencias muy brevemente, siendo muy conscientes de la complejidad de este debate, aunque no tomamos una posición muy firme por ninguna de las cuatro (libertarismo, utilitarismo, igualitarismo y comunitarismo), sí que tenemos claro que el derecho a la salud es un *bien esencial*.

De este modo, somos contrarias a la corriente que defiende una concepción de la salud basada en la responsabilidad individual, la beneficencia, el mercantilismo o el sector privado como ejes principales en la tarea de dar respuesta a nuestros padecimientos. Unos idearios que, por desgracia, sobre todo desde la década de los 70, han sido impulsados de forma global por distintos organismos y poderes corporativos que han encontrado el servicio de la salud, como veremos, en objeto de *plusvalía*.

2.1.2. El Incumplimiento de las obligaciones y responsabilidades

Tras remarcar las líneas teóricas que el significado tiene en la actualidad, a continuación vamos a contrastar las consecuencias neoliberales con la posición adoptada por el Relator Especial centrado en el derecho a la salud respecto a las *Directrices sobre derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos* ya citadas en el apartado 1.3.2 (AGNU, 2008b). De esta manera, dibujaremos un primer esbozo que será detallado en los próximos capítulos.

Como señala Estévez Araujo, los derechos y los deberes son dos caras de la misma moneda, es decir, “el contenido de un derecho es el deber de otros de satisfacerlo” (2013, p.19). De este modo, recuperando las directrices con las que finalizamos el capítulo anterior, vamos a adelantar brevemente algunos de sus incumplimientos. Intentaremos constatar la debilidad del contenido del DAME en cuanto a que sus deberes no se tienen en cuenta, en este caso, por parte de la Industria Farmacéutica (junto a lo citado en la Tabla 5, haremos referencia a los Estados en el apartado 5.3).

- a) *Personas, comunidades y poblaciones desfavorecidas (pt.5) (sus actuaciones en materia de acceso a medicamentos deben prestar particular atención a las necesidades de las y los niños, las personas mayores o las y los pobres)*

Esta recomendación se incumple cuando existen patologías que no son rentables para investigar y desarrollar. Si no implican un incremento mercantil enfocado a corto plazo, las necesidades de esta población no se ven cubiertas. Por ejemplo, en el caso del ébola hubo poco interés hasta que este afectó en occidente.

- b) *Transparencia (pts.6-8) (deben ser lo más transparentes posibles dando información relacionada con el acceso a los medicamentos)*

Si la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad son los elementos determinantes en la materialización del DAME, aspectos como el coste de I+D de fármacos deberían ser públicos y transparentes en el sentido que podamos conocer cada componente de gasto en el proceso y no solo una cifra general como lo hacen actualmente muchas corporaciones.

- c) *Influencia, promoción y presión en relación con las políticas públicas (pts.17-19) (debe dar a conocer todas las posturas que mantenga en materia de promoción y presión y dar a conocer anualmente el apoyo financiero a líderes de opinión, asociaciones de personas enfermas o departamentos universitarios)*

El cabildeo, los *lobbies* y los conflictos de intereses son una evidencia. Pero pese a que muchos casos sean públicos y se den a conocer, todavía queda por averiguar una gran parte de la presión e influencia que este sector genera.

- d) *Calidad (pt.20) (los medicamentos deben fabricarse conforme a las directrices sobre buenas prácticas de la OMS centradas en la calidad, seguridad y eficacia)*

Muchos de los medicamentos actuales no responden a las “necesidades sin cubrir” que suelen (o deberían) iniciar el proceso de I+D de los fármacos. Además, la innovación es un apartado que se ha dejado de lado porque la Industria puede alargar el monopolio sobre un medicamento más de 20 años.

Además, se saca el máximo provecho a un medicamento y sus fórmulas, de igual manera que se ofrecen soluciones a los malestares y estilos de vida de la población (como la caída de cabello o la fobia social).

e) *Ensayos clínicos (pts.21-22) (hay que cumplir las normas éticas y los derechos humanos como la no discriminación, la igualdad y el consentimiento informado)*

Trasladar las investigaciones a países “en desarrollo” para tener que cumplir de manera menos estricta los protocolos resulta ser sospechoso y responde en parte al limbo legal en el que se encuentran muchas transnacionales.

A su vez, se manipulan resultados de ensayos clínicos (como el caso del Tamiflu que describiremos en el apartado 5.3.1) o se paga a especialistas para que den el visto bueno a ciertos ensayos o medicamentos y lo publiquen en revistas médicas de reconocido prestigio.

Del mismo modo, la discriminación y la desigualdad se reflejan en el caso de la exclusión de las mujeres a la hora de no tenerlas en cuenta en ensayos clínicos o medicalizar sus procesos biológicos y su vida cotidiana como bien lo documenta Valls Llobet (2010, p.42)⁴¹.

f) *Enfermedades desatendidas (pts.23-25) (el compromiso público de contribuir a la investigación y el desarrollo relacionado con las enfermedades desatendidas)*

Al igual que ocurre con las necesidades de ciertos sectores de la población, las enfermedades raras y olvidadas todavía siguen sin investigarse porque no aportan un beneficio monetario futuro. Aquellas enfermedades (como la oncocercosis, la esquistosomiasis, la sarna o el dengue) que afectan en los países menos ricos son de las más ignoradas.

g) *Patentes y licencias (pts.26-32) (la empresa debe respetar el derecho a utilizar el mecanismo de las flexibilidades y el espíritu de la Declaración de Doha)*

Tal y como el *Acuerdo sobre el ADPIC* reconoce en su artículo 31, los EM pueden “prever excepciones limitadas” a las patentes en casos de “emergencia nacional, extrema urgencia o casos de uso público no comercial”. Algo reconocido en 2001 por la *Declaración de Doha* que defendió el uso de estas *flexibilidades* (véase la definición en la nota de pie n.º52 en la página 106).

En cambio, el derecho a la propiedad intelectual y el derecho a la salud parecen ser incompatibles ya que la reglamentación de la primera se impone a esta última. Por ejemplo, esto ocurre cuando se anteponen al propio DAME los mecanismos de exclusividad (conocidos como *ADPIC plus*) como la exclusividad de datos, de mercado y de comercialización. En suma, otra muestra son los impedimentos que

⁴¹ Estas invisibilidades, desigualdades y sesgos de género pueden profundizarse en una obra reciente donde la autora trata temas como la violencia invisible, el envejecimiento medicalizado, la sexualidad invisible o los sesgos en el diagnóstico: VALLS LLOBET, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina: desvelando nuestra salud*. Madrid: Capitán Swing.

algunos países europeos han tenido como Reino Unido, Italia o Suiza, quienes quisieron aplicar licencias obligatorias, pero la legislación de UE lo impidió debido a este tipo de derechos (T Hoen, Boulet y Baker, 2017).

h) Establecimiento de precios, aplicación de descuentos y donaciones (pts.33-38) (la fórmula y aplicación de las políticas de acceso a medicamentos tienen que asegurar que los medicamentos sean asequibles para el mayor número de personas, teniendo en cuenta el grado de desarrollo económico de cada país)

Finalmente, las diferentes estrategias de fijación de precios favorecen el mayor lucro posible a costa del mayor precio que las personas u organizaciones interesadas estén dispuestas y puedan pagar. Pese a que el proceso de I+D de un determinado medicamento haya costado “poco”, el interés será ganar un 1000% antes que un 10% (como lo demostraremos con el caso del Sovaldi en el próximo Capítulo 3).

2.1.3. Factores e indicadores del no acceso a los medicamentos esenciales

Tras lo dicho, a la hora de abordar el problema, la labor de la OMS ha sido destacable en sus intentos por estudiar cuáles son los factores que inciden en el problema del acceso a medicamentos esenciales. Estos se resumen en cuatro (Tabla 6):

- 1) la selección y utilización racional de las medicinas;
- 2) que sus precios sean asequibles;
- 3) una financiación adecuada y sostenible; y
- 4) sistemas fiables de salud y de abastecimiento o suministro (OMS 2004a, pp.2-6)

Por ejemplo, en cuanto se refiere a la *selección y uso racional del medicamento* (1), que el 15% de la población consuma el 90% de la producción farmacéutica implica que en los países menos ricos la falsificación y el uso incorrecto de medicamentos se dé en mayor proporción. En este aspecto, las listas nacionales de medicamentos juegan un papel fundamental para estos países, de la misma manera que también lo es para los países más ricos.

A su vez, como menciona Hogerzeil (2004, p.1171), destacan entre las aportaciones de estas listas: criterios adicionales para la aprobación del mercado (como la comparación entre los mejores tratamientos disponibles o la rentabilidad), el seguro y el reembolso, los subsidios estatales, los controles de precios o un uso racional por parte de la población impulsada gracias a la educación pública y la información sobre los medicamentos.

En lo que concierne a la *asequibilidad de los medicamentos* (2), el precio o el coste de los medicamentos es concluyente en el acceso a los mismos. Esta se vincula en muchas ocasiones con la poca defensa por parte de los Estados de los medicamentos genéricos o la deficiente negociación de precios con las corporaciones que poseen la patente de cierto conocimiento.

En cuanto al tercer factor, la necesidad de *una financiación sostenible* (3), se incluye un aumento en la financiación pública de la sanidad, la reducción de los gastos directos por parte de las familias y las y los usuarios o, explorar mecanismos como la reducción de la carga de la deuda o los fondos de solidaridad (OMS, 2004a, p.2).

La insostenibilidad de la financiación de medicamentos también se debe de analizar en un ámbito internacional. Las enfermedades olvidadas, o mejor llamadas como *ignoradas*, son clara imagen del poco interés que tanto la Industria Farmacéutica como los Estados tienen respecto a ciertas enfermedades que afectan en mayor medida en algunos lugares que en otros.

Finalmente, *la provisión y suministro fiable de medicamentos* (4) cierran esta serie de elementos donde el peligro de la escasez o la poca calidad de los productos farmacéuticos puede generar problemas tanto en el Sur como en el Norte. Aunque profundizaremos próximamente, existe un desequilibrio entre la ciudadanía y las personas privadas de libertad en cuanto a la disponibilidad y la provisión de terapias de sustitución de opioides o programas de agujas y jeringuillas (Stone, 2016, p.10).

Tabla 6. Relación entre los factores y problemas globales del acceso a medicamentos esenciales

FACTORES	PROBLEMAS
1. Selección de medicamentos y uso racional	La mitad de todos los medicamentos que se recetan, dispensan o venden se hace de forma inadecuada y la mitad de los pacientes no la toman correctamente.
	Falta de directrices sobre la eficacia, seguridad, calidad y relación costo-eficacia.
	Mala o nula utilización de las listas nacionales de medicamentos esenciales para la adquisición, reembolso, formación, donaciones y supervisión de medicamentos.
2. Su precio sea asequible	El gasto en medicamentos en los países menos ricos representa el 25-70% del gasto sanitario total, mientras que en la mayoría de los países ricos este es del 15%.
	Nula o poca aplicación de genéricos.
	Deficiente negociación de precios equitativos.
3. Existencia de un sistema de financiación sostenible	No aplicación de las flexibilidades.
	Debido a mecanismos injustos de financiación sanitaria, las familias deben asumir la responsabilidad de hacer frente al costo de los medicamentos esenciales que necesitan.
4. Institución de un sistema de provisión y distribución fiable	Poca financiación, subvenciones, créditos y donaciones hacia enfermedades concretas con gran impacto en la salud pública.
	Muchos países no pueden garantizar un suministro regular y sostenible de medicamentos esenciales debido a los sistemas poco fiables que tienen de suministro.
	Un fallo en el sistema de suministro puede provocar escasez de medicamentos, a su vez debido a sistemas ineficaces de adquisición se ha llegado a pagar el doble del precio vigente en el mercado, desperdiciando recursos.
	No integración de medicamentos en el sector de la salud.
	Poca garantía de calidad de medicamentos

Fuente: elaboración propia basada en OMS (2004a). *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, p.2; OMS (2004b). *Estrategia Farmacéutica de la OMS 2004-2007: lo esencial son los países*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHO/EDM/2004.2. pp.2-3.

2.2. El DAME como derecho emergente y bien social desde una óptica discursiva

2.2.1. Las principales “escuelas” de los derechos humanos

Tras todo este recorrido iniciado en el Capítulo 1, consideramos que queda un poco más clara la afirmación sobre que los derechos (al menos, el derecho a la salud y el DAME) son ejemplos históricos de resistencia, lucha y emancipación comunitaria como lo pudimos comprobar en lo relativo a la pandemia del VIH/SIDA.

Por todo ello, antes de fortalecer esta posición, vemos conveniente sintetizar las cuatro “escuelas” principales de interpretación de los derechos humanos tomando como referencia la clasificación dada por la belga Marie-Bénédicte Dembour (2010):

- 1) *la óptica naturalista* (ortodoxia tradicional): concibe los derechos humanos como *dados*. Las y los partidarios de esta corriente señalan que los derechos humanos están basados en la naturaleza. Son aquellos que una o uno posee simplemente por ser un ser humano, es decir, vienen dados. Además, responden en su esencia a un carácter negativo (una obligación negativa) y absoluto (Dembour, 2010, p.2).

Entre las personalidades que defienden estas ideas se encuentran Jack Donnelly ([1989]2002), Alan Gewirth (1996) o Michael J. Perry (1982), que consideran que los derechos son universales ya que se derivan de la naturaleza/el universo, por lo que viene dados como un hecho (Dembour, 2010, p.9).

- 2) *la óptica deliberativa* (nueva ortodoxia): concibe los derechos humanos como *acordados*. Su interpretación se basa en que los derechos son construidos por consenso, a diferencia del naturalismo, conciben la universalidad como un proyecto y no un hecho.

Por lo tanto, la universalidad es potencial y depende de la capacidad que tenga para ampliar consenso lo cual, requiere de tiempo (Arias Marín, 2016, p.26). Entre las y los defensores de esta óptica podemos encontrarnos con Jürgen Habermas (1992), Michael Ignatieff (2001), Sally Engle Merry (2006) o Tom Campbell (2005).

- 3) *la óptica de protesta* (resistencia): concibe los derechos humanos como *peleados*. Sus partidarios y partidarias parten por la reparación de la injusticia y están arraigados en la tradición histórica de luchas de las y los más pobres, desfavorecidos y oprimidos (Dembour, 2010, p.3).

En lo que concierne a la universalidad (y aquí se encuentra una de las grandes diferencias con la siguiente escuela), los derechos humanos son universales porque la condición de sufrimiento y la potencial victimización de los sujetos tiene carácter universal (Arias Marín, 2016, p.27). En esta escuela se posicionarían Costas Douzinas ([2000]2008), Upendra Baxi (2002), Neil Stammers (2009) o June C. Nash (2001).

- 4) *la óptica discursiva* (disidente, nihilista): por último, esta concibe los derechos humanos como *hablados* o *expresados*. Según Dembour, esta se caracteriza por la falta de respeto hacia los derechos humanos donde defienden que estos tan solo existen porque la gente habla de ellos (2010, p.4). Sin llegar a estos extremos, consideramos que su característica principal es que los derechos son un hecho del lenguaje. Lo que no se acepta no son nuestros derechos sino el lenguaje construido por los intereses de poder de una determinada idea de derechos.

De esta manera, criticando especialmente las dos primeras escuelas, por su imperialismo en el primer caso y por el olvido de las relaciones de poder en el segundo, las y los defensores de esta óptica no se muestran a favor de considerar los derechos humanos como universales (Dembour, 2010, p.9). Al respecto, en esta línea de interpretación nos encontramos con Alasdair MacIntyre, ya mencionado por su defensa del comunitarismo ([1981]2011), Shannon Speed (2008), Makau W. Mutua (2002) o Wendy Brown (2004).

Por lo dicho, a la hora de hablar sobre el posicionamiento o desde dónde debe de analizarse la concepción histórica de los derechos, Dembour (2012, p.4) divide en dos grandes grupos estas escuelas: por un lado, tanto la escuela ortodoxa tradicional (1) como la más reciente (2) muestran una orientación más liberal e individualista que la de resistencia (3) y la disidente (4) que se orientan más hacia una visión colectiva de la justicia social; mientras que, por el otro, tanto la escuela natural (1) como la de protesta (3) interpretan los derechos de una manera trascendental (más allá de lo perceptible) en cuanto a que, la deliberativa (2) y la discursiva (4) lo hacen como una realidad basada en la sociedad o el lenguaje.

Nuestro posicionamiento en torno a la primera división es que los derechos humanos deben tener una orientación colectiva de la justicia social. Así, si entendemos como Capella (2013, p.45) que “la existencia de derechos no es anterior a la institucionalización material del poder. No es natural, sino en todo caso histórica”, esto nada tiene que ver tampoco con una “situación ideal del habla” en la que todos y todas tienen las mismas oportunidades de intervenir, puesto que el consenso defendido por la escuela deliberativa parte de la desigualdad (Estévez Araujo, 2013, p.16).

Por lo tanto, descartadas la visión natural como la deliberativa, entre la escuela de resistencia y la disidente, optamos por esta última (sin negar que compartimos puntos en común con la otra) porque consideramos que el discurso de los derechos humanos no parte de la trascendencia, sino del lenguaje. Como señala De Sousa Santos, la hegemonía global de los derechos humanos como discurso de la dignidad humana se encuentra en tela de juicio ya que la mayoría de las personas que habitan el mundo no constituye el *sujeto* de los derechos sino el *objeto* de los discursos sobre ellos (De Sousa Santos, [2013]2014, p.13).

Para reafirmar esta posición, basta con enumerar algunas de las características/ posicionamientos de la versión hegemónica actual de los derechos humanos:

- i) son universales con independencia del contexto donde se apliquen;
- ii) la dignidad humana se asienta sobre la idea de la naturaleza humana y los derechos son, por ello, individuales, autosostenidos y cualitativamente diferentes a la naturaleza no humana;
- iii) lo que se considera violación o no de los derechos humanos está tan solo en manos de las definiciones dadas por declaraciones, tribunales, comisiones y organizaciones no gubernamentales;
- iv) estas violaciones pueden medirse correctamente con indicadores cuantitativos; o
- v) respetar los derechos es un deber más problemático en el Sur global que en el Norte global (De Sousa Santos, [2013]2014, p.22).

Ante lo dicho, como ejemplo concreto, el sociólogo portugués es crítico con el discurso de los derechos humanos en cuanto a que las realidades de las antiguas colonias del colonialismo histórico o el Sur actual (entendido, más allá de aspectos geográficos, como metáfora de los conocimientos ignorados y silenciados) fueron invisibilizadas en una especie de “pensamiento abisal” donde las versiones dominantes han respondido tan solo a las sociedades metropolitanas (De Sousa Santos, [2013]2014, p.14).

Por esta razón, su propuesta es contrahegemónica, una obra de la “movilización organizada contracorriente que aspira a desacreditar los esquemas hegemónicos” (De Sousa Santos, [2013]2014, p.26). Una teoría crítica actualizada (abordaremos sus autores clásicos en el Capítulo 6), llamada también como *sociología de las ausencias*, donde se ve necesario, en el dinamismo e historicismo de los derechos, comprender las voces, luchas, recuerdos y cuerpos que el capitalismo, el patriarcado y el colonialismo han reducido a una condición subalterna (De Sousa Santos y Sena Martins, 2019).

2.2.2. *El DAME como derecho humano emergente*

Tras lo dicho, y siguiendo esta interpretación contrahegemónica, si recordamos los tres primeros apartados del Capítulo 1 (1.1. *La reciente articulación del derecho a la salud*, 1.2. *La evolución del reconocimiento del DAME* y 1.3. *Debilidades y debates jurídico-políticos del DAME*) y este anterior apartado (2.1. *Las dificultades en la garantía del DAME*), podemos llegar a defender la posición de Audrey R. Chapman (2016a, pp.2-3) que interpreta el derecho a la salud (y por ello, también el DAME) como un *derecho emergente* por cuatro motivos:

- 1) tiene una articulación reciente, comparándola con otros derechos económicos, sociales y culturales que vienen de los siglos XVII y XVIII (*apartado 1.1.*);
- 2) inicialmente tuvo un reconocimiento limitado, pero con el paso del tiempo ha crecido en posición y legitimidad (*apartado 1.2.*);
- 3) la interpretación del derecho y la comprensión de las obligaciones se han desarrollado gradualmente (*apartado 1.3.*); y
- 4) la implementación de las diversas dimensiones ha sido un proceso lento y en las últimas tres décadas se han visto afectadas por el neoliberalismo (*apartado 2.1.*).

Por esta razón, y tras lo visto, el derecho a la salud puede ser clasificado como “emergente” en el sentido en que un derecho confronta y se adapta a los desafíos y oportunidades de su entorno como puede ser la privatización y comercialización de las instituciones de salud (Chapman, 2016a, p.3).

En cambio, antes de llegar a este posicionamiento, es necesario detenernos en una serie de interpretaciones. Primero, queremos insistir en que la *Carta de las Naciones Unidas* de 1945 y la *DUDH* de 1948 fueron un paso importante en el reconocimiento de los derechos. Un paso ampliado después en el marco constitucional de algunos países y definidos como claro ejemplo del “nunca más” a los horrores vividos (Ferrajoli, [2013]2014, p.20).

No obstante, la unidad de las naciones no perduró mucho y comenzaron a perfilarse dos grandes bloques comandados por EE. UU. y la URSS. Una división que alimentaron también los procesos de descolonización de África y Asia (Pareja y Guillén, 2006, p.5). Por todo ello, ya desde los inicios de esta “internacionalización de los derechos” se

deduce el debate entre dos tipos de derechos: *los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales y culturales* (donde se encuentra el derecho a la salud)⁴².

Asimismo, en 1966, con el objetivo de otorgar carácter jurídico a estos derechos, el PIDCP y el PIDESC evidenciaron esta división y falta de acuerdo al no ir en un mismo pacto (Gipsen, 2017, p.82). Una dicotomía que después diferenció los derechos entre “clásicos/sociales” o “fundamentales/básicos”. De esta forma, fueron atribuidas a las primeras unas obligaciones negativas (la obligación del Estado de no interferir) y unas positivas a las segundas (el requerimiento de la intervención estatal).

De igual manera, hay quienes clasifican los derechos humanos en generaciones. La primera generación estaría compuesta por los derechos civiles y políticos (siendo reclamos de libertades) y la segunda por los derechos económicos, sociales y culturales (relacionados con la igualdad). Habiendo una tercera y una cuarta que trascienden de esta dicotomía y se refieren a reclamos colectivos o derechos grupales como el derecho al desarrollo o a la paz y, por otro lado, al acceso a la tecnología (Gipsen, 2017, p.84).

Este breve recorrido de tipologías nos sirve para evidenciar que con *los derechos humanos emergentes* se abandona cualquier distinción y jerarquía. Así, se podría decir que surgen como respuesta o remedio a las necesidades y demandas de cambios políticos, sociales, económicos o tecnológicos que desde las declaraciones de mitad del siglo XX han ido surgiendo (Bondia García, 2014, p.63).

Con esta nueva concepción de los derechos humanos se deja en evidencia que el discurso de los derechos está condicionado por los procesos históricos y es, por lo tanto, una propuesta enfocada en el futuro (Bondia García, 2014, p.64)⁴³. Al respecto, algunos derechos se encuentran reunidos en la *Declaración Universal de Derechos Humanos Emergentes* (DUDHE) promovida en parte por el *Institut de Drets Humans de Catalunya* (IDHC, 2009).

Por profundizar en la DUDHE, esta fue aprobada en el Foro Universal de Culturas de Monterrey (México) en 2007, completando la *Carta de derechos humanos emergentes* en la que participó el IDHC en 2003 (Pareja y Guillén, 2006, pp.15-16). Su enfoque parte de la creencia de que la humanidad es una comunidad política con la capacidad de asumir de manera compartida su destino, por ello, se señala que “nace desde la sociedad civil [...] con objeto de contribuir a diseñar un nuevo horizonte de derechos, que sirva de orientación a los movimientos sociales y culturales de las colectividades y de los pueblos” (Pareja y Guillén, 2006, pp.16-17; IDHC, 2009, p.38).

⁴² Por este motivo, se señala que la DUDH tiene carácter de Declaración y no de Carta, precisamente por la falta de unanimidad en el contenido de estos. Un debate históricamente ideológico en el que el capitalismo defendía los primeros y el socialismo los segundos. GIPSEN, M.E. (2017). Chapter 3. Access to controlled essential medicines and aspects of drug control in human rights law. En, *Human Rights and Drug Control: Access to Controlled Essential Medicines in Resource-Constrained Countries*, (pp.77-136). Cambridge: Intersentia. p.81.

⁴³ A su vez, sirven para iniciar un quinto proceso histórico en la consolidación de los derechos humanos que Bondia García denomina *el proceso de interacción*. De este modo, junto a la positivización (1), la generalización (2), la internacionalización (3) y la especificación (4), se vuelve necesario un intento por fomentar procesos como la interacción entre derechos humanos y deberes, democracia y derechos humanos, las generaciones de derechos humanos las dimensiones de los derechos, los derechos individuales y colectivos, etc. BONDIA GARCÍA, D. (2014). The emerging human rights revolution: the beginning of the fifth historical process in the consolidation of human rights. *The Age of Human Rights Journal*, (3), 63-101. p.98.

A tenor de ello, el punto de partida se sitúa en los efectos de la globalización y el cambio surgido en el seno de los Estados:

La noción de Estado-nación en la que se construyen las bases de la doctrina de los derechos humanos ha cambiado. Asistimos no solo al debilitamiento del Estado-nación sino al fortalecimiento del mercado transnacional y de actores financieros que a través de empresas o alianzas multinacionales y consorcios económicos, definen políticas económicas que inciden en todo el planeta. El credo neoliberal, signo del pensamiento único, se consolida ante nuevos e inciertos escenarios en el marco de la globalización económica y política. (IDHC, 2009, p.39)

Como fruto de los nuevos desafíos que surgen en un proceso en constante evolución y revisión, la DUDHE reconoce una nueva serie de derechos donde cabe señalar que no se pretenden sustituir o cuestionar el resto de los instrumentos internacionales, sino reforzarlos y completarlos (IDHC, 2009, p.41). De este modo, esta propuesta se expresa en una triple dimensión de derechos:

- 1) *nuevos derechos que emergen* como el derecho a una renta básica, el derecho a tener una muerte digna, el derecho a la movilidad universal o los derechos relacionados con la orientación sexual (como la autodeterminación y diversidad personal y la autonomía sexual);
- 2) *la extensión de ciertos derechos a ciertas colectividades* que no han podido disfrutarlos como el derecho al matrimonio entre personas del mismo sexo o el derecho a votar de los migrantes; y
- 3) *derechos sumergidos que emergen* y que ya fueron reconocidos pero se amplían como el derecho a la salud, la atención médica y los medicamentos, el derecho a la educación, el derecho a la seguridad de la vida, el derecho a la interculturalidad o el derecho a la protección de la comunidad familiar (Pareja y Guillén, 2006, p.23; Bondía García, 2014, pp.68-69).

Efectivamente, dentro de esta última dimensión, se encuentra nuestro objeto de estudio: el DAME. Un derecho emergente reconocido en el artículo 1 de la DUDHE:

5. El derecho a la salud, a la asistencia sanitaria y a los medicamentos, que asegura el acceso a las mejores tecnologías de salud, así como a disfrutar de un sistema sanitario de prevención, vigilancia y asistencia personalizada, y a **disponer de los medicamentos esenciales**. Toda persona y toda comunidad tienen derecho a que los desarrollos científicos y tecnológicos en el ámbito de la salud, y en particular por lo que a la ingeniería genética se refiere, respeten los principios fundamentales de la dignidad de la persona y de los derechos humanos. (IDHC, 2009, pp.52-53)

Un posicionamiento que en el contexto del derecho a la salud, pese a ser considerado un “derecho clásico”, va más allá del ya clásico “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y pone la atención en derechos como al acceso de la asistencia sanitaria o el acceso a los medicamentos esenciales (Pareja y Guillén, 2006, p.23).

En este aspecto, se establece como hilo conductor la *democracia* para que estos derechos puedan desarrollarse. Una democracia que más allá de entenderse como valor o principio, es también un derecho con diferentes dimensiones y formas como la democracia pluralista, -solidaria, -paritaria, -participativa, -igualitarista y -garantista (Bondía García, 2014, p. 97).

2.2.3. Los medicamentos esenciales como bienes sociales

Sin embargo, conectado con este papel de la democracia, hoy nos encontramos ante una crisis del paradigma constitucional donde la soberanía estatal (las formas representativas de la democracia y el papel normativo del derecho) está siendo debilitada a favor de los poderes financieros (Ferrajoli, [2013]2014, p.136).

Por conectar la idea de los derechos humanos emergentes con la crisis de la soberanía, según Ferrajoli, los derechos están siendo agredidos a favor de determinados intereses que favorecen la no introducción de garantías de los derechos establecidos en las cartas y convenciones, la no aceptación por parte de la Política de su sujeción al Derecho, la pérdida de la memoria, los procesos de desregulación y la reducción del papel del gobierno o el estallido financiero ([2013]2014), p.136).

Unos derechos que entendidos como el reflejo del “nunca más” deberían estar en la *esfera de lo no decidible*: “lo que ninguna mayoría puede decidir, violando los derechos de libertad, y lo que ninguna mayoría puede no decidir, violando los derechos sociales” (Ferrajoli, [2013]2014, p.20). Es decir, en un marco constitucional al estipularse unos derechos fundamentales, estos deberían de ser sustraídos del poder de restricción y supresión; cuando un derecho fundamental se constitucionaliza, se vuelve en norma supraordenada (máxima/superior) a cualquier otra norma y supone para sus titulares la misma posición frente a los poderes público-privados (Ferrajoli, [2013]2014, pp.80-81).

Por este motivo, Ferrajoli entiende que si estos derechos se ven afectados por los mercados o las mayorías parlamentarias que están a la merced de las corporaciones, resulta ser necesaria una nueva interpretación o clasificación. De esta manera, propone la categoría de “bienes fundamentales”⁴⁴ que se diferencia de la de bienes patrimoniales e incluye en ellos “bienes indisponibles y accesibles a todos en cuanto objeto de derechos fundamentales” (Ferrajoli, [2013]2014, pp.213-214).

Unos bienes que a su vez se dividen en subsistemas:

- i) *bienes comunes* (aquellos cuyo uso y acceso es vital como el agua, el medio ambiente o el aire);
- ii) *bienes personalísimos* (como las partes del cuerpo humano, que forman, por ejemplo, parte de la libertad frente a lesiones o violaciones); o
- iii) *bienes sociales* (los derechos sociales necesarios para la salud y la subsistencia como los alimentos y los medicamentos esenciales que el jurista italiano denomina “fármacos salvavidas”) (Ferrajoli, [2013]2014, pp.213-214).

En resumen, podemos concluir que la garantía del DAME forma parte de las preocupaciones doctrinales que con la deriva de la globalización y el neoliberalismo han generado la interpretación y defensa de los derechos humanos. Un aspecto que entre las cinco emergencias planetarias que favorecen el desarrollo de la ilegalidad y la a-legalidad de poderes desregulados y salvajes que señala Ferrajoli ([2013]2014, p.166), el DAME es determinante en la *emergencia social y humanitaria*.

⁴⁴ Los denomina *fundamentales* “porque, a diferencia de los bienes patrimoniales y análogamente a los derechos fundamentales, tales bienes —desde el aire a los fondos marinos, del agua a los alimentos, de los fármacos salvavidas a los órganos del cuerpo humano— deben ser garantizados a todos como inviolables”. FERRAJOLI, L. ([2013]2014). *La democracia a través de los derechos*. Madrid: Trotta. p.215.

2.3. Magnitud y realidades del acceso a medicamentos esenciales

2.3.1. Contexto global

Los problemas en el acceso a medicamentos no afectan a todo el mundo por igual. Esta es una afirmación que refleja la desigualdad histórica entre los países del Sur y del Norte (sin olvidar las desigualdades dentro del mismo Sur y Norte). Según datos que corroboran esta situación, un tercio de la población mundial no puede utilizar o ser tratada con ciertas medicinas. Un porcentaje que ha disminuido desde 1975, cuando por aquel entonces menos de la mitad de la población tenía acceso, pero que sigue siendo extremadamente alta en regiones como África o Asia donde aún lo padece más de un 50% (OMS, 2004a, p.1).

A estas cifras hay que añadirle el desnivel en materia de gasto en productos farmacéuticos. Según la OMS, en 2004, en los países más ricos el gasto medio era cien veces superior a la de los países menos ricos: 400 dólares frente a 4 (2004b, p.2). Datos que empeoran si añadimos a esta diferencia que entre el 50-90% del gasto recaía en los bolsillos de las y los habitantes de los países menos ricos. Cifras que parecen sostener que sus opciones de gasto eran inferiores, mientras que su carga financiera era superior (Bigdeli *et al.*, 2013, p.693).

Además, un 15% de la población consumía el 90% de la producción farmacéutica (OMS, 2004b, p.2). Una situación que termina por generar una gran cantidad de medicamentos falsificados o de baja calidad. Por ejemplo, el 50% de los medicamentos de los países menos ricos se dispensaba de manera inapropiada, haciéndose a su vez un uso incorrecto de los mismos (OMS, 2004b, p.2).

Para ilustrar, el caso del cáncer resulta ser significativo. Los países de renta media o baja concentran el 65% de las muertes globales y el 75% de las prematuras por cáncer. Unos hechos que tienen entre sus causas las barreras de diagnóstico, la debilidad de los sistemas, la escasez de especialistas o la falta de acceso a tratamientos (Bernal e Iráizoz, 2018, p.7). En Nigeria, como muestra, apenas hay oncólogos y oncólogas y la quimioterapia más básica está limitada. Aunque una persona pueda acceder al tratamiento, el costo de los servicios y los medicamentos la obligará (muy probablemente) a abandonar su terapia (Bernal e Iráizoz, 2018, p.12).

En cambio, tal y como lo reconoció un grupo de expertos y expertas independientes creado por la OMS en 2006, la Comisión sobre Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública (conocida como CIPIH), el problema también repercute en los países “desarrollados” o hasta ahora llamados ricos (CIPIH, 2006, p.177). Según datos de la UE, el 3,6% de la población (alrededor de 18 millones de personas) no tenía una atención médica satisfactoria debido al coste, la distancia de viaje o el tiempo de espera (EXPH, 2016, p.11).

Porcentajes a las que se añaden estudios como el de Vogler, Österle y Meyer (2015) que, tras analizar el estado socioeconómico, el uso de medicamentos y las políticas farmacéuticas de ocho países europeos de la zona central y oriental (Bulgaria, República Checa, Hungría, Letonia, Polonia, Rumanía, Eslovenia y Eslovaquia), llegaron a afirmar que los medios para el consumo de medicamentos no recetados eran más favorables en los grupos socioeconómicos altos que en los bajos. Unas conclusiones a las que se sumó la evidencia de la falta de financiamiento público y el aumento de la inversión privada.

Al respecto, las y los extranjeros en situación irregular son uno de los grupos más afligidos dentro del contexto europeo. Un motivo por el que Trummer los sitúa como el claro reflejo de la “pobreza absoluta”, señalando que la asistencia médica (donde podríamos situar el acceso a medicamentos) es una barrera en cuanto a que muchas y muchos tan solo la pueden recibir en caso de emergencia (2019, p.121). Así, al estrés físico y mental, a las duras condiciones laborales que implica trabajar en el mercado negro, a su propia precariedad, su inseguridad y el constante temor, se añade la impotencia de no saber qué pasará con su salud y sus vidas.

Estas barreras pueden comprobarse en el contexto español del que hablaremos en próximos capítulos donde, a causa del *RDL 16/2012* el derecho a la salud dejó de perseguir la universalidad al excluir a este grupo de personas de la asistencia sanitaria. Exclusión que con el *RD 7/2018* se intentó derogar, pero que aún hoy genera algunas contradicciones. Por ejemplo, la plataforma Yo Sí Sanidad Universal (2019) en un informe elaborado a partir de relatos, muestra que este último decreto no ha solucionado la exclusión sanitaria ya que muchas y muchos siguen encontrándose con trabas burocráticas como la necesidad de acreditar tres meses de estancia en el territorio español a cualquier persona sin residencia legal, la necesidad en algunas CCAA de acreditar dicha estancia a través de empadronamiento o, evidenciar el no poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen.

Algunos de estos casos recogidos en lo relativo al acceso a medicamentos son:

Madrid, 12/2018: **persona sin permiso de residencia** a la que niegan atención a pesar de padecer una enfermedad grave recogida en los **supuestos de salud pública**.

*“Quería consultaros un caso de una persona procedente de XXX a **quien le están denegando la atención incluso a pesar de tener VIH**. Está en espera de que le den cita para solicitar el asilo pero no le hacen DAR por llevar menos de tres meses en España. Al tener diabetes y VIH su médico se ha comunicado el caso a sus superiores quienes, a pesar de tratarse de un supuesto de salud pública han denegado la posibilidad de atenderle. ¿Se podría hacer algo en este caso? ¿Ya no se atiende en Madrid a las personas con enfermedades infecciosas?”* (Yo Sí Sanidad Universal, 2019, p.7)

Madrid, 08/2018: persona **sin permiso de residencia**, hospitalizada sin acceso a médico y tratamiento de continuación.

*“Buen día. Por favor su apoyo. Porque **no quieren dar el alta con el código DAR** ya que me acerco al mostrador del hospital de salud de Arganda del Rey y no saben de esto ahora yo **me encuentro delicada de salud estoy hospitalizada pero necesito un médico de cabecera para q me de las recetas y poder comprar la medicina** y poder seguir con mi tratamiento ya que sufro de úlceras a la piel y sufro de tiroides que no tome mi medicina me da taquicardia ya que soy discapacitada por favor le suplico su apoyo gracias.”* [resaltados y cursivas originales] (Yo Sí Sanidad Universal, 2019, p.11)

Incluso informes de distintas organizaciones no gubernamentales evidencian esta cuestión. Muestra de ello es el Informe del Observatorio de Médicos del Mundo de 2017 que recogía los datos de 43.286 personas atendidas en sus programas. Enfocado principalmente en el acceso a los servicios sanitarios, la exclusión a estos y sus necesidades sanitarias, un 55,2% declaró no tener cobertura sanitaria. Un porcentaje al que se le sumaron como principales barreras en la atención sanitaria los siguientes: que un 18,9% no intentó acceder (incluyéndose como causas el estigma, las experiencias de discriminación o la accesibilidad física), un 17% reconoció barreras administrativas, un 16,3% barreras económicas y un 9,1% la falta de conocimiento del sistema sanitario (Médicos del Mundo, 2017, p.32).

Porcentajes actualizados en 2019 mostraron cifras más preocupantes. De los datos recogidos (en esta ocasión a 29.359 personas), un 81,7% declaró no tener cobertura sanitaria y tan solo reconocieron tenerla de manera total o parcial el 9,75% de los migrantes no comunitarios a la UE y el Espacio Económico Europeo (EEE) junto a un 9,3% de los pertenecientes (Médicos del Mundo, 2019, p.11). En esta ocasión el porcentaje relativo a las barreras más alto fue el mismo, el no intento de acceso a los servicios sanitarios (25%), seguido de las barreras económicas (20,8%) y el no conocimiento del sistema de salud (14,3%) (Médicos del Mundo, 2019, p.31)⁴⁵.

2.3.2. Contexto español

En lo relativo al Estado español, cabe reiterar que los problemas de acceso a medicamentos esenciales también afectan de cerca. En el Estado español el último Barómetro Sanitario de 2019 señalaba que el 2,6% de la población (4,4% en el de 2016, un 4,7% en 2017 y un 3% en 2018) dejó de tomar algún medicamento recetado por la sanidad pública debido a *motivos económicos* en los últimos doce meses. Porcentaje que equivale a una cifra cercana a las 1.200.000 personas (Ministerio de Sanidad, 2020c).

Unos datos altos que es preciso tener presente que existen dentro de un estado que tiene como forma de financiación de los servicios sanitarios un SNS. Una estructura diferente al modelo de seguridad social (véase página 45) que se caracteriza por los siguientes elementos:

- 1) la financiación pública a través de impuestos y presupuestos estatales;
- 2) la administración de la prestación en condiciones de universalidad, equidad, gratuidad y libertad de acceso de toda la población;
- 3) la planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y las comunidades autónomas y municipios, donde deciden y elaboran planes de salud evaluables y de cumplimiento obligado;
- 4) hay control parlamentario sobre el sistema;
- 5) los medios de provisión son estatales, aunque existe el sector privado; y
- 6) tienen un presupuesto global limitado para las instituciones hospitalarias (Palomo, 2019, p.30).

Datos preocupantes que, por añadir, reflejan que el 83,1% de las personas que formaban parte de los programas de intervención social de la Cruz Roja no tenían acceso a medicinas, tratamientos o prótesis por *motivos económicos* (2019, p.13). Cifra expuesta inclusive por la Fundación Foessa afectando en 2018 a un 8,3% de los hogares y un 8,8% de las personas que tuvieron que dejar de comprar medicinas, seguir tratamientos o dietas; siendo el porcentaje concreto vinculado a los medicamentos del 2,6% (Foessa, 2019, pp.256-257).

⁴⁵ Problemáticas parecidas en las que se encuentran también las personas refugiadas. Y es que, entre los problemas de accesibilidad se encuentran el idioma, las experiencias traumáticas, la falta de familiaridad, los antecedentes culturales, diferentes comprensiones de la enfermedad, la falta de acceso al historial médico o actitudes negativas de las y los profesionales de salud. BOLLIGER, L. y ARO, A.R. (2018). Europe's Refugee Crisis and the Human Right of Access to Health Care. *Harvard Public Health Review*, 20, 1-11. p.3.

Del mismo modo, recuperado por Lamata (2020c, p.403), Eurostat publicó en 2019 la carga de la atención sanitaria en los presupuestos familiares de 2017. En el 8,2% de los hogares españoles, la carga del gasto en medicamentos fue “pesada”, suponiendo para un 48,5% “alguna” carga. Datos que comparados con el resto de los países europeos, refleja que la carga “pesada” era parecida a la de Alemania (8,6%), inferior a las de Grecia (13,8%), Italia (19,2%), Portugal (17,2) o Polonia (39,7%), pero superior a las de Francia o Noruega (1,6%) (Eurostat, 2019).

Como otra muestra, dentro de la problemática del cáncer, eran casi 25.000 las personas que anualmente se encontraban en riesgo de exclusión social por la enfermedad. Una cifra que correspondía casi a un tercio del número total de diagnósticos en la población activa en 2017 y donde, además, 9.832 personas eran desempleadas y más de la mitad (5.232) no recibían ninguna prestación económica (Bernal e Iráizoz, 2018, p.9). Como muestra, un caso concreto que podríamos señalar es el caso de *D* citado en el informe publicado por Amnistía Internacional en 2018 respecto a las consecuencias de las medidas de austeridad y el derecho a la salud.

Por insistir en el ya mencionado *RDL 16/2012*, junto a la exclusión de las personas extranjeras en situación irregular, dos medidas más tuvieron repercusión: el copago a las y los pensionistas y la exclusión del financiamiento público de ciertos fármacos. El caso de *D* es causa de este último, quien fue intervenida a una mastectomía y a quimioterapia por un cáncer de mama en 2017. En aquel entonces gastaba 100 euros al mes en medicamentos (como cremas y lociones) para hacer frente a los efectos secundarios de dicho tratamiento y que el *RDL* excluyó del financiamiento público. Por fortuna, en ese año de enfermedad y tratamiento, al no poder trabajar pudo hacer frente a los gastos gracias a los ahorros que tenía y la ayuda de sus padres: “Por suerte, mi padre está jubilado y cobra una pensión, pero ¿qué pasa si no tienes ese apoyo familiar?” relataba (Amnistía Internacional, 2018, pp.25-26).

Otro ejemplo es el de *J*, que a causa del estallido financiero de 2008, vio empeorada su situación familiar. Con un sueldo mensual de 1.400 euros como ingreso único, tuvo que hacer frente al alquiler residencial de 480 euros y mantener a su esposo desempleado y a sus tres hijos. Situación que empeoró con la llegada en 2014 de una orden de desahucio que finalmente, tras 14 meses de recurso, consiguieron acceder a una nueva reubicación de vivienda junto a una ayuda económica para hacer frente a esta.

Aun así, la ansiedad generada por su situación económica no desapareció. A estos obstáculos se le añadió la incapacidad de costearse una cirugía bariátrica recomendada por su médico debido a la obesidad que sobrellevaba, ya que los suplementos y medicinas adicionales “pueden costar unos 50 euros al mes. Me preocupa no poder permitírmelo” apuntaba (Amnistía Internacional, 2018, p.25).

En cambio, aparte de estos problemas que podrían estar relacionados con las medidas de austeridad, el estallido financiero o “los motivos económicos” que tanto el Barómetro Sanitario como la Cruz Roja denunciaban, el no acceso a medicamentos también es un problema que afecta más allá de las capacidades individuales o familiares. Por ejemplo, aunque profundizaremos cuando lleguemos al caso de estudio (en el Capítulo 3), merece mención la STC 669/2018 relativa al acceso a los medicamentos de tercera ola para la hepatitis C.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid estimó la petición de Dña. Laura, enferma de hepatitis C que solicitó el reintegro de los medicamentos que tuvo que pagarlos ella misma tras habersele sido rechazadas tres solicitudes de tratamiento en tres ocasiones desde diciembre de 2014 a febrero de 2015 (Tribunal Superior de Justicia de Madrid, STC 669/2018, 2018).

También fue relevante una sentencia reciente donde D. Alejo, en representación de su hijo menor Carlos, y afectado por el Síndrome de Duchenne, recurrió ante la resolución dada por la directora general de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano que en junio de 2018 desestimó el suministro de 48 semanas del medicamento conocido como Atalunero.

En este último caso, este tratamiento contaba con criterios específicos detallados en un Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de 2017 y era considerado, a su vez, un medicamento huérfano. Por lo que el Tribunal Superior de Justicia de Murcia se basó para estimar el recurso principalmente en el derecho a la igualdad (art.14 de la CE) ya que en otras CCAA las personas enfermas en la misma situación ya lo recibían (Tribunal Superior de Justicia de Murcia, STC 456/2019, 2019).

2.3.3. Principales sectores afectados

Tras señalar la incidencia del problema tanto en los países menos ricos como en los ricos, vemos necesario profundizar en sectores concretos de la población, que al igual que las personas extranjeras en situación irregular, son quienes padecen en mayor medida el problema de acceso a medicamentos (formando estos grupos ese *Sur metafórico* teorizado por De Sousa Santos).

Al respecto, la Observación General n.º14 del CDESC ya señaló como temas especiales: la no discriminación e igualdad de trato (párrafos 18 y 19), la perspectiva de género (20), la mujer y el derecho a la salud (21), los niños y adolescentes (22 y 23), las personas mayores (26), las personas con discapacidades (26) y los pueblos indígenas (27) (CDESC, 2000). Nosotras y nosotros nos detendremos a continuación tan solo en algunos de ellos:

- a) *Niñas y niños*: según datos preocupantes más de ocho millones de menores de cinco años mueren cada año por enfermedades como la malaria, el VIH/SIDA, la tuberculosis y la neumonía. En el caso del VIH, se estima que de 250.000 nuevas infecciones en adolescentes en 2015 (dos tercios en niñas), esa cifra puede que aumente a los 400.000 casos anuales para 2030 si no se toman las medidas oportunas (UNICEF, 2017). En este caso, en muchas ocasiones, la transmisión es de madre a hijo o hija y debido a causas biológicas y sociales la vulnerabilidad a padecer de tuberculosis es elevada. Al año se estiman alrededor de 500.000 nuevos casos de tuberculosis y hasta 70.000 fallecimientos (FXB, 2017, p.18).

UNICEF, organismo referente en la defensa de los derechos de las niñas y los niños, incide en el derecho de esta población a crecer sanos, sanas y fuertes. En efecto, más del 40% de las y los menores de cinco años se encuentran en riesgo de alcanzar su pleno potencial físico, psicológico, social, cognitivo y emocional por la situación en la que viven (UNICEF, 2017). Por ejemplo, en 2016, se pudo prevenir la defunción de 15.000 niñas y niños menores de cinco años todos los días, un porcentaje de los que 7.000 de estas personas fallecieron los primeros días de vida (UNICEF, 2018, p.13).

En lo que respecta al acceso a medicamentos, hay que destacar que existen tratamientos para muchas de estas enfermedades que afectan a las niñas y los niños, pero la inexistencia de versiones pediátricas supone un problema. Y es que como resulta lógico, las dosis tienen que estar medidas y estudiadas a los niveles de edad, condición física y peso corporal de estos sujetos (FXB, 2017, p.18). Para dar una respuesta a dicho problema, en 2006 organizaciones no gubernamentales y diferentes gobiernos se asociaron consiguiendo que la OMS publicara en 2007 la primera lista modelo de medicamentos pediátricos esenciales (OMS, 2007a).

b) *Mujeres*: en cuanto a la cuestión de género, en los grupos sociales empobrecidos la feminización de la pobreza, la subordinación y la dependencia económica de las mujeres ante los hombres también es determinante en materia de salud (Aguilá *et al.*, 2017, pp.13-14). Un contexto que en las mujeres propicia un umbral mayor a la hora de aceptar la enfermedad ya que, especialmente en las zonas empobrecidas y rurales, tienen que cargar con el trabajo en el campo, en el hogar y en los cuidados (Aguilá *et al.*, 2017, pp.14-15).

Según datos del organismo Todas las Mujeres, Todos los Niños (conocido como EWEC), enfocados especialmente en el ámbito materno, 289.000 mujeres murieron en 2013 durante el embarazo y el parto. Como causas principales se atribuyeron en un 52% de los casos la hemorragia, la septicemia o la hipertensión gestacional; a un 28% las causas no obstétricas como la malaria, la infección por VIH, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o la obesidad; y a un 8% los abortos peligrosos (EWEC, 2015, p.25).

En lo referido a esta última causa, fue un hito que en 2005 se incluyera en las listas modelo de medicamentos esenciales la terapia combinada de mifepristona y misoprostol que favorecían un aborto seguro. En cambio, se calificaron como “medicamentos complementarios” y no “principales”⁴⁶ quedando supeditados a las legislaciones nacionales y la aceptación cultural de cada país. Un posicionamiento que, cabe enfatizar, fue objeto de crítica por parte de Perehudoff, Berro Pizzarossa y Stekelenburg en un artículo publicado en 2018 donde defendían su papel nuclear y el respeto al derecho internacional de los derechos humanos.

c) *Personas presas o detenidas*: las prisiones suponen un determinante social en el acceso a medicamentos en cuanto implican una gran diferencia con las personas que pueden gozar de su libertad y su capacidad de mantener su propia salud. Esto genera que los Estados sean quienes tienen que encargarse de la protección de la salud y la integridad física y moral de las personas detenidas. Obligación que dentro de la “caja negra” que en muchas ocasiones supone la prisión no se termina de garantizar empeorando, como resultado, la situación de estas personas⁴⁷.

⁴⁶ La OMS, distingue dos tipos de listas dentro de las listas modelo: una *lista básica* donde se incluyen los medicamentos más eficaces, seguros y costo-eficaces y una *lista complementaria* que contiene “los medicamentos esenciales para las enfermedades prioritarias que requieren medios especializados de diagnóstico o de vigilancia, asistencia médica por parte de un especialista o formación especializada”. Donde a su vez, se incluyen medicamentos con un costo elevado o una costo-eficacia “menos atractiva”. OMS (2007b). *Lista modelo OMS de Medicamentos Esenciales de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p.3.

⁴⁷ Recomendamos para saber más sobre las instancias de castigo como “cajas negras” el siguiente artículo: ALDAZ ARREGUI, J. (2014). La institución del castigo en la sociedad del <<<

Por ejemplo, las malas condiciones sanitarias, el hacinamiento, la poca seguridad, la corrupción, el estigma, la desnutrición, la falta de personal o de instalaciones sanitarias o la escasa capacitación contribuyen a que el riesgo de infección por VIH, hepatitis C o tuberculosis sea muy alta en la población reclusa (FXB, 2017, p.20; Torriente, Tadion y Hsu, 2016, p.158).

A modo de ejemplo, en lo que respecta a la tuberculosis, la prevalencia era diecisiete veces superior en las prisiones europeas respecto a la población general, cifra que empeoraba a 74 en países como Brasil (Dara *et al.*, 2015, p.112). Datos a los que se añaden, según una estimación de 2016, que de las más de 10 millones de personas encarceladas en todo el mundo, un 3,8% (389.000 personas) vivía con VIH, el 15,1% (1.546.500) con hepatitis C y el 2,8% (286.000) con tuberculosis (Dolan *et al.*, 2016, p.1090).

Esta desigualdad aumenta en lo relativo al acceso a medicamentos al observar que en la misma fecha 80 países implementaron en su comunidad la terapia de sustitución de opioides, mientras que las que brindaban al menos una vez en las penitenciarías eran 52. Una cifra inferior que se reduce mucho más en el caso de los programas de agujas y jeringuillas donde 90 países lo tenían disponible en la comunidad, pero únicamente 8 en al menos una prisión (Stone, 2016, p.10).

d) *Personas mayores*: las personas con mayor edad (más de 60 años), sin discriminación del lugar donde se viva, son más vulnerables a los problemas relacionados con las enfermedades no transmisibles (conocidas como ENT) como podrían ser las enfermedades cardíacas o la diabetes (OMS, 2015, p.61). A pesar de todo, la prevención y el tratamiento de estas puede ser costosa o puede que no haya disponibilidad para llegar a él.

Del mismo modo, en muchas ocasiones implica la dura decisión de escoger entre su estabilidad financiera o la adquisición de determinados medicamentos (FXB, 2017, p.21). Una decisión donde la falta de acceso a los medicamentos para tratar las ENT conduce en muchas ocasiones al padecimiento de alguna discapacidad, extendiéndose de esta forma el problema a este sector de la población (Puzin *et al.*, 2019).

Además, las desigualdades del no acceso difieren entre los países menos y más ricos al observar que el 60% de las personas mayores que viven en los países menos ricos no puede recibir una atención a la salud a causa del alto costo de la consulta, no disponer de transporte o no poder pagarlo (OMS, 2015, p.96).

En el mismo sentido, en los países ricos también existen diferencias. Según una encuesta realizada a 22.532 personas de más de 65 años por Morgan y Lee (2017) en 11 países con ingresos altos, la prevalencia del no acceso por motivos de costo oscilaba entre el 3% de Francia, Noruega, Suecia, Suiza y Reino Unido y el 16,8% de EE. UU. Canadá era segundo con la prevalencia más alta (8.3%) seguido de Australia (6.8%). Unas posiciones que como tentativa de afirmación podrían responder a la disposición o no de un sistema con cobertura universal.

control social incontrolado: una propuesta desde la evaluación para una institución de castigo corresponsabilizadora. *International e-journal of criminal sciences*, (8), 1-21.

e) *Personas con enfermedades olvidadas*: para concluir, un estudio recuperado por Velásquez (2015, p.15), demostró que de todos los productos farmacéuticos desarrollados en el mundo entre 1975 y 1999, tan solo un 1,1% correspondía a estas enfermedades olvidadas (Troullier *et al.*, 2002). Unos padecimientos entre las que se encuentran, por ejemplo, la oncocercosis, la esquistosomiasis, la sarna, el dengue, la tripanosomiasis africana humana, el mal de Chagas, la rabia, la lepra o el pian. Igualmente, el mismo estudio fue repetido en 2013 donde, de 850 productos puestos en el mercado entre 2000 y 2011, solo un 4% (37 medicinas) correspondían a dichos padecimientos (Predique *et al.*, 2013) (Tabla 7).

Por otra parte, estas enfermedades se agrupan en el mismo adjetivo porque todas:

- i) representan la pobreza y la desventaja;
- ii) afectan a poblaciones con baja visibilidad y poca voz política;
- iii) tienen un foco endémico estable;
- iv) se superponen geográficamente;
- v) causan estigma y discriminación especialmente en las niñas y las mujeres;
- vi) tienen un impacto en la morbilidad y mortalidad;
- vii) son descuidados por la investigación; y
- viii) pueden ser controlados, prevenidos y posiblemente eliminados con soluciones simples y factibles (Sun y Amon, 2018, p.12).

En suma, podría decirse que son enfermedades con mayor prevalencia en los países con indicadores de menor distribución de riqueza, aunque estos afectan a más de mil millones de personas que viven en 149 países, de los cuales 100 son endémicos en dos o más y 30 en seis o más (Sun y Amon, 2018, p.12).

Tabla 7. Nuevos productos terapéuticos aprobados o recomendados por categoría de enfermedad (2000–2011)

	Nueva entidad química (n=336)	Otros nuevos productos (n=420)	Vacuna o biológica (n=94)	Total (n=850)
Enfermedades olvidadas				
Malaria	3 (1%)	9 (2%)	0	12 (1%)
Tuberculosis	0	7 (2%)	0	7 (1%)
Enfermedades diarreicas	1 (<0,5%)	3 (1%)	3 (3%)	7 (1%)
Enfermedades tropicales olvidadas	0	5 (1%)	0	5 (1%)
Otras enfermedades olvidadas	0	1 (<0,5%)	5 (5%)	6 (1%)
Subtotal	4 (1%)	25 (6%)	8 (9%)	37 (4%)
Otras enfermedades infecciosas	35 (10%)	48 (11%)	66 (70%)	149 (18%)
El resto de las enfermedades	297 (88%)	347 (83%)	20 (21%)	664 (78%)

Fuente: PREDIQUE, B. ET AL. (2013). The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000-11): a systematic assessment. *The Lancet*, 1(6), e371-e379. p.e372.

2.4. La búsqueda de un nuevo término de referencia en materia de la falta de garantía del DAME

2.4.1. Consideraciones de la literatura científica en torno a nuestro objeto de estudio

Por lo que sigue, el tratamiento dado por la literatura académica y las organizaciones no gubernamentales al problema de la falta de garantía del DAME también ha sido variado. El documento *“La receta equivocada: el impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España”* de Amnistía Internacional (2018) utiliza expresiones como “deterioro de la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la asistencia sanitaria” (pp.5/40/59/60), “barreras al acceso” (p.28), “dificultades de acceso” (p.9) e incluso, “la exclusión de las personas migrantes adultas en situación irregular del acceso gratuito a muchos aspectos de la atención sanitaria” (p.31).

En lo que se refiere al ámbito académico, las alusiones al problema son parecidas. Existe una gran cantidad de textos que hacen referencia a la “falta de acceso a medicamentos esenciales” como los de Wolfgang y Moon (2013, p.67), Vawda y Baker (2013, p.7), Strauss y Horsten (2013, p.294), Pollock (2014, p.853), Jurua (2017, p.111), Puzin *et al.* (2019, p.56).

Mientras, otras utilizan el mismo término de Amnistía Internacional y llaman a la cuestión “barreras en el acceso”, como es el caso de un estudio que se marcó como objetivo identificar las barreras sociales, culturales y regulatorias en el acceso a medicamentos en Uganda (Ooms *et al.*, 2019) o el texto de Wilson, Esmail y Cohen donde trataban la temática de la responsabilidad nacional en la provisión de medicamentos esenciales (2006, p.260).

También hay quien menciona “lagunas” o “brechas” en el acceso tal y como lo hacía el Grupo de Alto Nivel del secretario general de las Naciones Unidas (UNHLP, 2016) o la investigación de Enoch y Piot donde rastrean el surgimiento histórico de los derechos humanos y analizan los avances y retrocesos de estos teniendo como eje principal las respuestas al VIH/SIDA (2017, p.121).

Asimismo, hay quienes prefieren utilizar el sustantivo de “restricción” como Hogerzeil (2004, p.1172) o simplemente, se inclinan por señalar que son “problemas en el acceso a medicamentos esenciales” como Klug (2012, p.298). A su vez, se da el uso del término de “no adherencia al tratamiento”⁴⁸ como es el caso del trabajo ya señalado en el apartado de las personas mayores de Morgan y Lee (2017).

En otras palabras, la falta, las brechas, las barreras o las restricciones son los términos más generalizados para representar lo que hasta ahora hemos llamado “el problema” o “el no acceso a medicamentos esenciales”. No obstante, tal y como adelantábamos, si volvemos a mirar a las realidades y los factores de este problema, existe una debilidad conceptual: los términos utilizados son políticamente (demasiado) correctos, inespecíficos y amplios. Por lo cual, vemos necesario proponer alternativas más concretas y directas que reflejen las causas de la cuestión del acceso a los medicamentos esenciales. La *pobreza* y la *exclusión social* podrían ser algunos de ellos.

⁴⁸ La negación de un término reconocido por la OMS que significa “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. SABATÉ, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p.3.

Como primera muestra, Sun y Amon (2018) se refieren a “la desigualdad en el acceso” para referirse a las enfermedades tropicales desatendidas, más conocidas como enfermedades olvidadas. Una desigualdad que es fruto de los intereses de los Estados y el Mercado que no ven beneficios en la investigación y desarrollo de los padecimientos de algunos sectores del mundo.

Esta desigualdad, en gran medida material y económica, ha sido vinculada al ámbito de la salud gracias a trabajos como el de Wilkinson y Pickett que sostienen que las relaciones sociales se construyen sobre cimientos materiales y la diferencia en estas raíces tiene un efecto en nuestra manera de relacionarnos (2009, p.23). Tras analizar el vínculo entre la desigualdad y varios problemas sociosanitarios (nivel de confianza, salud mental, esperanza de vida, mortalidad, obesidad, rendimiento educativo, etc.), su tesis principal fue que los problemas sociales no son el resultado de la pobreza material, sino (enfocándose en el supuesto de los países ricos) de las diferencias materiales entre las personas (Wilkinson y Pickett, 2009, p.43).

Por otra parte, ha habido también intentos de vincular la salud con la exclusión social. En este caso, una investigación examinó la relación entre los dos términos a nivel local en la ciudad industrial de Hamilton, Canadá (concretamente en el área de Chedoke-Kirkendall). En ella se concluyó que las características eran diferentes entre el Norte y el Sur, siendo los niveles de exclusión más altos en el norte (caracterizado por niveles más bajos en educación, ingresos y empleo) y padeciendo las y los residentes de esta zona múltiples dimensiones de exclusión vinculadas al compromiso vecindario, la interacción social, el consumo o la producción (Wilson *et al.*, 2007, p.142).

El mismo estudio recoge una lista de trabajos que también vinculan la exclusión con temas relativos a la salud. Por ejemplo, hay quienes relacionan la exclusión social con enfermedades cardiovasculares (Duffy, 1998) o con enfermedades respiratorias y enfermedades mentales (Stansfeld *et al.*, 1999; Whitley *et al.*, 1999).

En suma, un estudio portugués señalaba que sectores poblacionales como el de las madres solteras, las personas desempleadas de larga duración, las y los expresos o las personas alcohólicas o consumidoras de drogas tenían un mayor riesgo de padecer una salud adversa (relativa a enfermedades musculoesqueléticas, enfermedades mentales, enfermedades respiratorias o lesiones) en comparación al resto de la población (Santanna, 2002).

2.4.2. Las expresiones de “pobreza” y “exclusión social” como posibles alternativas

Tras lo dicho, en mayor vinculación con estos dos últimos ejemplos, proponemos estudiar cuál sería la aplicación del problema de acceso a medicamentos con *la pobreza* y *la exclusión social*. Es decir, ¿podríamos utilizar alguna de las dos concepciones para reflejar una gran parte de los factores que inciden en el problema?

- a) *La pobreza*: comenzando por el primero, el término viene etimológicamente de la unión del adjetivo “pobre” que viene del latinismo *pauper* (pobre, poco o que produce poco) y el sufijo “-eza” que proviene de *-itia* (cualidad patrimonial). Es decir, puede entenderse como la cualidad de pobre, de poco o de producir poco que una entidad u organismo posee. Con otras palabras, “una distribución injusta de bienes, beneficios y recursos” (De Oliveira Ribeiro y Campos Pavone Zoboli, 2007, p.845).

Por hacer referencia a los problemas sociales que utilizan esta cualidad en la manera de referirse a ellos, destaca el uso que se ha hecho del mismo respecto al problema de la falta de energía. Un problema que, desde luego, ha sido de actualidad en 2021 con el constante aumento del precio de la luz y se nombra *pobreza energética*. Al respecto, en el Estado español una de las figuras que apoya, por ejemplo, iniciativas europeas como la Semana Europea de la Pobreza Energética es la Asociación de Ciencias Ambientales en vinculación con el Observatorio Europeo de la Pobreza Energética.

En uno de sus informes (Tirado Herrero *et al.*, 2018) se recuerda la definición de pobreza energética: una situación en la que un hogar es “incapaz de pagar una cantidad de energía suficiente para la satisfacción de sus necesidades domésticas y/o cuando se ve obligado a destinar una parte excesiva de sus ingresos a pagar la factura energética de su vivienda” (Tirado Herrero *et al.*, 2012, p.21). Concepto enriquecido posteriormente como “la incapacidad de alcanzar un nivel social y materialmente necesario de servicios domésticos de la energía” (Bouzarovski y Petrova, 2015, p.31).

Es decir, la pobreza refleja a priori una incapacidad personal o doméstica que en el caso de insatisfacción energética afecta a alrededor de 1.300 millones de personas en el mundo. Una magnitud que, en esta ocasión, también tiene a Asia y África como las regiones más afectadas y es que, tan solo diez países (India, Bangladesh, Pakistán, Indonesia, Nigeria, Etiopía, República Democrática del Congo, Tanzania, Kenia y Uganda) representan el 63% de las personas privadas del acceso a la electricidad (González-Equino, 2014, p.9).

De modo similar, en el Estado español la situación también es preocupante. Según el propio Gobierno que se involucró en la lucha contra este problema con la aprobación de la *Estrategia Nacional contra la Pobreza Energética 2019-2024*, entre 3,5 y 8,1 millones de personas se encontrarían en esta situación (Gobierno de España, 2019, p.7). Toda una articulación donde, en la misma línea, definen la pobreza energética como:

[...] la situación en la que se encuentra un hogar en el que no pueden ser satisfechas las necesidades básicas de suministros de energía como consecuencia de un nivel de ingresos insuficiente y que, en su caso, puede verse agravada por disponer de una vivienda ineficiente en energía. (Gobierno de España, 2019, p.6)

Al respecto, podríamos profundizar y señalar que este problema social ha generado respuestas legislativas nacionales como europeas. Por ejemplo, en Europa son dos las principales Directivas: 1) la *Directiva 2009/72/CE* del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de julio de 2009 sobre normas comunes para el mercado interior de la electricidad; y 2) la *Directiva 2009/73/CE* del mismo órgano y fecha, sobre normas comunes para el mercado interior del gas natural.

En estos reglamentos se establecen, entre otros aspectos, las normas comunes en materia de generación, transporte, distribución, suministro o almacenamiento de electricidad y gas natural, así como las obligaciones de servicio universal y los derechos que tienen las personas consumidoras. Dicho de otra manera, se invita a los EM a definir quiénes son las y los consumidores vulnerables y qué medidas de protección aplicar.

- b) *La exclusión*: por otro lado, la segunda alternativa que proponemos es el de la *exclusión* que tal y como hiciéramos en el anterior caso, proviene etimológicamente de los latinismos *excludere* (sacar, dejar fuera o rechazar) y *-tio* (acción o efecto). A diferencia de “la cualidad” que implica la pobreza, la exclusión puede entenderse como “la acción” de sacar, rechazar o dejar fuera. De esta manera, la principal diferencia consiste en que la pobreza (o precariedad), en términos de acceso a medicamentos, supone una situación de inseguridad, una incapacidad, mientras que como señala Pérez Orozco, la exclusión en términos amplios señala directamente la *falta de acceso* ([2014]2017, p.205).

En lo que concierne a su uso en la representación de problemas sociales, las y los propios miembros de la RAE en su Diccionario del español jurídico definen la *exclusión étnica y cultural* como la “tendencia a dejar de lado a las personas o pueblos, por sus diferencias étnicas y culturales con otros individuos o pueblos” (DPEJ-RAE, 2021b).

Una orientación también tomada por el informe *Los factores de la exclusión educativa en España: Mecanismos, perfiles y espacios de intervención* de UNICEF España en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona para definir la *exclusión educativa* (Tabarini, Jacovkis y Montes, 2017). En él, la definición parte de la interpretación de Escudero (2005) que es la siguiente: “la exclusión educativa es un proceso acumulativo que lleva a un acceso desigual a ciertos contenidos, experiencias y aprendizajes escolares (esenciales)” (Tabarini, Jacovkis y Montes, 2017, p.6). Término ampliado después como “el proceso acumulativo a través del cual se impide la satisfacción del derecho a la educación plena y con sentido, que debería garantizarse a todas las personas” (Escudero y Domínguez, 2011).

Por añadir, merece que prestemos atención, por sus similitudes con nuestro objeto de estudio, a otra falta de acceso como las barreras a la utilización de los servicios bancarios. Una cuestión, conocida como *exclusión financiera o bancaria* definida y ya delimitada hace dos décadas, como señalan Mendizabal Zubeldia *et al.* (2008, pp.209-210), en la que...

[...] una persona se encuentra en situación de exclusión financiera cuando sufre un grado de discapacidad tal que no puede vivir normalmente en la sociedad de la que es parte debido a dificultades que encuentra para acceder a la utilización de ciertos medios de abono o pago, a ciertas formas de préstamo o financiamiento, a preservar su ahorro o a asegurarse contra el riesgo de la existencia. (Servet, 2001)

[...] la incapacidad de acceder a los servicios financieros básicos de una forma adecuada. Puede surgir como resultado de problemas en el acceso, las condiciones, los precios, el marketing o la autoexclusión en respuesta a diferentes experiencias o intuiciones negativas. (Sinclair, 2001, p.4)

Fuentes del sector bancario estimaban que 138 millones de personas estaban siendo excluidas en Europa con mayor incidencia en las mujeres (54%) que en los hombres (46%) (Mastercard, 2016, pp.2-3). Cifras de las cuales más de 2,6 millones de personas podrían corresponder al Estado español (Oiko Credit, 2015).

2.4.3. Justificación de la exclusión farmacéutica como objeto de estudio

Dicho lo cual, la aplicación de los conceptos de pobreza y exclusión al acceso de medicamentos esenciales podrían interpretarse como *pobreza farmacéutica* y *exclusión farmacéutica*⁴⁹. Por un lado, la cualidad de pocos medicamentos o, mejor dicho, la incapacidad individual de llegar a acceder a ellos por las desigualdades económicas; y, por el otro, la acción de dejar fuera, dicho de otra manera, la falta de acceso.

El problema surge cuando nos preguntamos si estos conceptos abarcan la mayoría de los casos, incluidas las sentencias del síndrome de Duchenne o la hepatitis C donde no pudieron acceder a ciertos tratamientos porque el Comité encargado en los respectivos hospitales lo denegó. Por todo ello, si la pobreza no se comprende en términos amplios, la *exclusión* resulta ser la mejor opción.

De esta manera, decidimos optar por el término de **exclusión farmacéutica** porque el concepto de *exclusión social* posee tres aspectos reveladores:

- 1) es de carácter estructural (lo que la aleja de concepciones de responsabilidad individual y culpabilización e implica preguntarse por las decisiones y políticas institucionales);
- 2) es multidimensional (por lo que no supone tan solo dimensiones económicas, sino también transformaciones políticas, de participación social o de acceso efectivo al bienestar público); y
- 3) es procesual (en cuanto a que este fenómeno y la integración social son estados a los que se llega a través de diversas fases) (Laparra, Zugasti y García Lautre, 2014, pp.2-3; Bailey, Fahmy y Bradshaw, 2017, p.312)⁵⁰.

Por lo cual, nuestro objeto de estudio puede ser definido como *un proceso amplio y multidimensional que implica barreras en el acceso a medicamentos (especialmente los llamados “medicamentos esenciales”) y es, en parte, el resultado de la acción u omisión de las entidades o instituciones responsables en la garantía del DAME.*

En consecuencia, Naciones Unidas señala que la principal diferencia con el término *pobreza* es que esta es una dimensión de la exclusión que se limita a la privación material; un concepto muy limitado en la medida que “lo poco, lo pobre o la poca producción” parece que se rige tan solo a criterios económicos (ONU, 2016, p.17). Como resultado, *la pobreza farmacéutica* podría incluirse dentro de las dimensiones de *la exclusión farmacéutica*. La pobreza tan solo es un resultado, una cualidad ya dada, mientras que la exclusión implica un proceso. Por este motivo, no todas las personas o grupos excluidos tienen por qué encontrarse en desventaja económica.

⁴⁹ Respecto al segundo apartado, lo “farmacéutico”, cabe señalar que refleja de manera más acertada la falta de acceso de medicamentos que, por ejemplo, el término “farmacológico”. Y es que nuestro objeto de estudio se centra en “la falta relativa” a los medicamentos y no “la acción de dejar fuera a la ciencia o estudio” de medicamentos.

⁵⁰ Por consiguiente, esta puede ser definida de forma general como “[...] un proceso complejo y multidimensional. Implica la falta o negación de recursos, derechos, bienes y servicios, y la incapacidad de participar en las relaciones y actividades normales, disponibles para la mayoría de las personas en una sociedad, ya sea en el ámbito económico, social, cultural o político. Afecta tanto a la calidad de vida de las personas como a la equidad y la cohesión de la sociedad en su conjunto”. LEVITAS, R. ET AL. (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Bristol: Universidad de Bristol. p.9.

Más allá de los términos monetarios, la exclusión implica la falta de agencia o control sobre decisiones importantes (ONU, 2016, p.18). Un aspecto muchas veces olvidado, pero fundamental ya que representa la desigualdad en las relaciones y procesos sociales y políticos. La falta de voz, el estigma, la negación de derechos o la falta de respeto son varios ejemplos (Bailey, Fahmy y Bradshaw, 2017, p.313).

Por lo tanto, el término de *pobreza farmacéutica* resulta insuficiente para englobar todas las causas que suponen la falta relativa a los medicamentos en la medida que se centra tan solo en la condición económica de las personas, dejando a un lado los mecanismos estructurales que generan dicha situación de incapacidad⁵¹.

Como ejemplo ilustrativo, la ya citada Fundación Foessa tiene en cuenta entre sus 35 indicadores para representar las situaciones de exclusión social a los “Hogares que han dejado de comprar medicinas, seguir tratamientos o dietas por problemas económicos” (Laparra, Zugasti y García Lautre, 2014, p.5). Es decir, la perspectiva económica o lo que podríamos llamar *pobreza farmacéutica* es un indicador de exclusión social, por lo que podría serlo también de la *exclusión farmacéutica*.

En cambio, utilizar este concepto (la exclusión social) implica determinadas debilidades y críticas que no queremos dejar al margen. Estamos ante un concepto relativamente reciente cuyo origen está en la década de los 70 y fue utilizado dentro del pensamiento republicano francés y la importancia del papel del Estado en el campo de la solidaridad. Uso que posteriormente las y los anglosajones, dentro del paradigma liberal, lo englobaron como una situación de dejar fuera, roturas o fallos en las elecciones individuales o intereses y relaciones contractuales de la población con el mercado competitivo (Bhalla y Lapyere, 1997, pp.414-415).

Al respecto, el concepto ha sido tachado de eufemismo político, truco lingüístico o término para aprovecharse de ciertos intereses (Witcher, 2013, pp.127-129). Por ejemplo, en la década de los ochenta y noventa, las y los políticos conservadores ingleses utilizaron este término para negar la existencia de la pobreza (Witcher, 2013, p.128). Un término defendido también por la propia UE frente al uso de la “pobreza” por resultar ser la “exclusión” menos despectiva (Bhalla y Lapyere, 1997, p.417).

Por el contrario, nuestro objetivo no posee estos tintes. Consideramos que el término de *exclusión*, pese a su uso partidista en muchas ocasiones, es el más acorde para representar de manera directa el “dejar fuera” de muchas personas como las protagonistas de esta investigación: las personas afectadas por la no dispensación de un medicamento (el Sovaldi) con una tasa de eficacia superior al 90% para combatir la hepatitis C por parte del servicio gallego de salud. Esa es en su base la tentativa de afirmación de esta investigación: en el caso gallego se produjo una exclusión estructural que por diversas decisiones político-económicas impidió el acceso a una gran parte de la población enferma.

⁵¹ Insistimos en que optamos por el término de “exclusión farmacéutica” porque es más amplio que el término de “pobreza”. En cambio, este último también puede considerarse amplio tal y como Strauss y Horsten lo consideran. Según su tesis, la pobreza es o debería de ser algo más que la falta de bienestar material, incluyéndose el rechazo de oportunidades o las opciones esenciales para el desarrollo humano. A lo que añaden que la pobreza tiene una naturaleza multidimensional. STRAUSS, Z. y HORSTEN, D. (2013). A human rights-based approach to poverty reduction: the role of the right of access to medicines as an element of the right of access to health care. *Potchefstroom Electronic Law Journal*, 16(3), 336-375.

2.4.4. Perspectivas dimensionales de la exclusión farmacéutica

Tras lo dicho, antes de profundizar en este caso, vemos conveniente incidir en la multidimensionalidad de nuestro objeto de estudio. Dimensiones o factores que, depende de su peso y su importancia, causan diferentes tipos de exclusión.

a) *Política*: las decisiones y la implicación de los Estados es fundamental en todas las fases o factores que hacen garantizar el acceso a medicamentos esenciales. Por consiguiente, la administración ha de encargarse en la elaboración de listas nacionales, la adquisición, el reembolso y la supervisión de medicamentos, la negociación de precios equitativos, garantizar una financiación sostenible, colaborar internacionalmente en la erradicación de las enfermedades ignoradas o garantizar la calidad de los productos farmacéuticos.

En cambio, en vez de cumplir con estos deberes, tal y como criticaban Bhalla y Lapyere (1997, p.420), estos no son una agencia neutral ya que benefician a las clases dominantes. Pese a que a lo largo de la tesis veremos ejemplos que afirman esta situación, podríamos señalar el caso de la no aplicación de las *flexibilidades*⁵² en casos de emergencia sanitaria, la exclusión de medicamentos del mercado o la propia negación de incluirlos.

Todo ello representa lo que hoy puede denominarse *mercantilismo sanitario*: la posición de considerar los recursos o el servicio sanitario como un bien más que puede ceñirse a las reglas del Mercado (Zuñiga Fajuri, 2013, p.336). Una posición cercana a las teorías libertarias/neoliberales que, recordemos, niegan el derecho a la salud y defienden que tan solo el mercado debería regular los servicios sanitarios con un *Estado mínimo* y el “deber de beneficencia” para aquellas personas que no puedan permitirse pagar dichos servicios.

b) *Económica*: en relación directa con las decisiones y consideraciones políticas, el factor económico posee un papel importante en la exclusión farmacéutica. Aquí se podría encontrar la *pobreza farmacéutica* y “los motivos económicos” en los que inciden diferentes estudios. Las diferencias materiales entre las personas de una sociedad, tal y como señalaban Wilkison y Pickett (2009), son determinantes en la propia desigualdad y en la exclusión de medicamentos. Mientras que algunas tienen que escoger entre pagar el alquiler, alimentarse o medicarse, hay quienes disfrutan de una sanidad privada y ventajas fiscales.

En este aspecto, el aumento del gasto familiar y la disminución de la financiación pública en materia de salud reflejan los motivos económicos de la exclusión. Los copagos, los altos precios de los medicamentos, el sistema de patentes, las imposiciones de los organismos internacionales tras el estallido financiero y sus posteriores medidas de austeridad son tan solo algunos de estos ejemplos.

⁵² Son mecanismos que permiten darle otros usos a la materia de una patente sin la previa autorización del titular de estos. Entre ellos destacan las licencias obligatorias, la protección exclusiva de los datos de prueba, la definición rigurosa de los estándares de patentabilidad y libertad para definir los criterios, las importaciones paralelas, la cláusula bolar o la capacidad de decidir si el agotamiento de una patente es nacional o internacional. GÁLVEZ ZALOÑA, R. y LAMATA COTANDA, F. (2019). *Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública. Algunas propuestas para impedir los precios excesivos y garantizar un acceso justo a los medicamentos*. Madrid: Fundación Alternativas. p.16.

c) *Geográfica*: la exclusión farmacéutica, entendida en términos de accesibilidad física, es diferente y desigual en el mundo. Los países menos ricos sufren más y apenas tienen la cooperación de los Mercados y del resto de los Estados en la respuesta a los padecimientos que sufre su población. A su vez, dentro de un país la exclusión también puede reflejarse, como en el caso de la exclusión financiera, cuando las farmacias rurales son escasas o el viaje y el transporte a los centros de salud es limitado o inexistente.

d) *Cultural*: las representaciones y actitudes hacia la enfermedad y el comportamiento hacia ellas también inciden en el proceso de la exclusión. Por este motivo, es necesario insistir en un contexto de multiculturalidad en el que la garantía y la defensa de los derechos sean iguales para todas y todos sean de la raza, etnia o el país de donde provengan.

Por ejemplo, existe una exclusión farmacéutica (dentro del ámbito global) hacia las y los refugiados que no son bienvenidos en Europa o las personas extranjeras que no acceden a la atención sanitaria por falta de conocimiento del sistema. Incluso, podemos añadir como reflejo del heteropatriarcado, el caso de supeditar a las legislaciones y a la aceptación cultural la terapia combinada de mifepristona u misoprostol que favorecen un aborto seguro.

e) *Informacional*: la no accesibilidad a la información y la falta de transparencia también tienen su importancia a la hora de entender por qué un medicamento tiene determinado precio. Si la información sobre el costo de producción de un fármaco concreto fuera pública, sabríamos cuál es verdaderamente el beneficio que cierta corporación farmacéutica obtiene con su comercialización.

f) *Sociológica*: la exclusión farmacéutica implica en muchas ocasiones estigma, falta de voz y falta de agencia. Un caso representativo es “la ideología de la culpabilización” en el contexto de la pandemia del VIH, donde se señaló a las personas enfermas como las principales responsables de su sufrimiento (Castro y Farmer, 2003, p.32).

Por citar un caso, en la década de los ochenta en América y Europa, los heroinómanos, haitianos, hemofílicos y homosexuales fueron objeto de estigma. Una situación de discriminación que posteriormente se amplió a sectores de la población como las mujeres pobres que habían adquirido el virus (Castro y Farmer, 2003, p.40).

g) *Jurídica*: finalmente, el papel de las instituciones judiciales también es revelador en lo que respecta a nuestro objeto de estudio. Tal y como hemos visto en el Capítulo 1, dejar fuera a alguien del acceso a medicamentos esenciales tiene cierta vinculación con los derechos fundamentales como el derecho a la vida.

Hay bastante literatura académica que reconoce esta dimensión o principios que implican recurrir a los tribunales y es conocida como “judicialización del acceso a medicamentos”. Según un estudio donde se revisó el tratamiento académico en esta materia (Vargas-Peláez *et al.*, 2014), cinco trabajos describieron el fenómeno (también denominado como *justiciabilidad*) como “un aumento en las decisiones judiciales que determinan la dispensación de medicamentos a través de los sistemas de salud” (pp.49-50).

Mientras que en otros casos, estas se entendían como “reclamos y acciones legítimas de ciudadanos e instituciones para salvaguardar y promover los derechos de ciudadanía ampliamente reconocidas en las leyes internacionales y nacionales” (Ventura, 2010, p.78) o una respuesta de las y los ciudadanos, cuando el Estado no satisfacía sus necesidades por medios representativos democráticos, siendo el poder judicial la última opción para reclamar sus derechos (Vianna, 2002).

Es decir, en relación con la dimensión sociológica, muchas y muchos relacionan el accionar del sistema judicial con “el grito” (por decirlo de alguna manera), de la población afectada en el acceso. Por el contrario, el debate sobre si el papel del derecho es positivo o no también existe. Una de estas posiciones es la que interpreta la justiciabilidad como insuficiente en los casos en los que los daños son colectivos (Silveira, 2018, p.61).

El estudio de Vargas-Peláez *et al.* identifica cuatro categorías (Tabla 8) donde en el 78,5% de los estudios se cita el *enfoque normativo negativo*, en el 35,4% el *normativo positivo*, en el 24,6% el *social negativo* y en un 6,2% el *social positivo* (Vargas-Peláez *et al.*, 2014, p.51). Porcentajes que demuestran que en la mayoría de los casos la judicialización es negativa.

Tabla 8. Categorías de análisis de la judicialización del acceso a medicamentos

	NORMATIVO	SOCIAL
IMPACTOS	La judicialización en la interferencia del Poder Judicial en el Poder Ejecutivo	La judicialización como una forma de participación ciudadana
Positivo	La judicialización protege el derecho a la salud de las brechas políticas u omisiones del Ejecutivo	Ejercicio legítimo de ciudadanía, particularmente por minorías y grupos vulnerables.
Negativo	La judicialización no reconoce las políticas establecidas por el Ejecutivo, y puede profundizar la desigualdad existente para el acceso a la atención médica	Las demandas no significan que las personas tengan poder y puede contribuir a reforzar el “paternalismo del estado”

Fuente: VARGAS-PELÁEZ, C.M. ET AL (2014). Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – A scoping study. *Social Science & Medicine*, (121), 48-55. p.51.

Hipótesis parecidas que ya fueron planteadas en el estudio de Acosta *et al.* (2019) en la realización de una revisión sistemática en la región suramericana (en concreto, Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay). En dicho trabajo se enumeraron las siguientes tesis:

- 1) la judicialización no necesariamente beneficia a la población menos favorecida;
- 2) la judicialización beneficia a la población menos favorecida;
- 3) la judicialización incluye medicamentos que no representan opciones eficientes para los sistemas de salud;

4) la judicialización oculta esquemas de la Industria Farmacéutica para la entrada de medicamentos en el mercado; y

5) la judicialización está relacionada con la estructura de algunos sistemas de salud (Acosta *et al.*, 2019, pp.44-47).

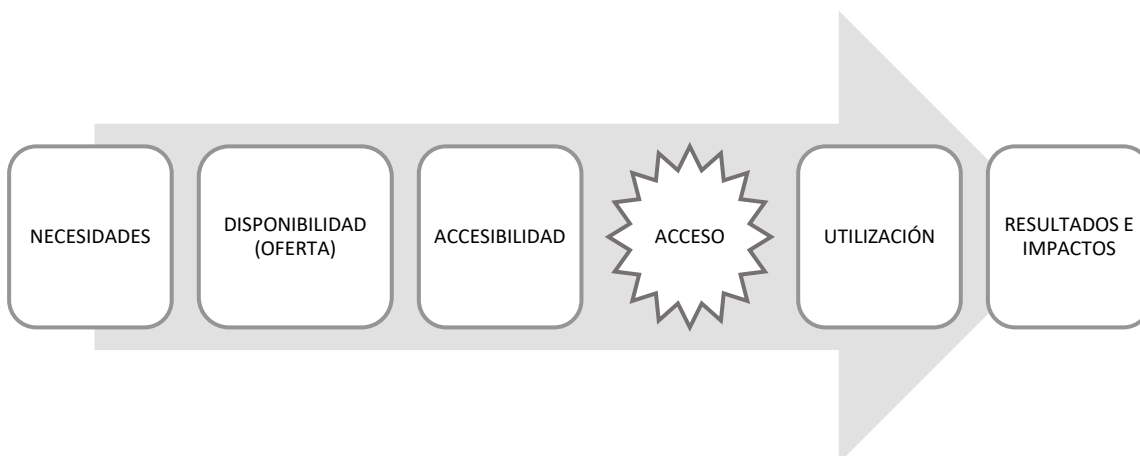
Sin embargo, en las conclusiones de este estudio no llegaron a posicionarse por ninguna de ellas reconociendo que la judicialización de la salud resulta ser un fenómeno bastante complejo (Acosta *et al.*, 2019, p.56).

A modo de conclusión, una vez limitado conceptualmente nuestro objeto de estudio y haber evidenciado que tiene múltiples dimensiones que afectan en mayor o menor medida en diferentes casos, en las próximas parte presentaremos el caso de la hepatitis C como ejemplo de exclusión farmacéutica (*Capítulo 3, Parte II. El daño*) y sobre ella analizaremos las principales fases del *marco situacional del acceso a medicamentos* (Figura 3).

En los Capítulos 4 y 5 (*Parte III. Las causas*), tras insistir en las garantías y reconocimientos dados a la satisfacción de necesidades que una persona enferma pueda tener, incidiremos en la profundización de dos de las principales barreras en el acceso: 1) *la disponibilidad*, vinculada al deterioro del sistema sanitario; y 2), *la accesibilidad*, teniendo especial trascendencia la asequibilidad y el sistema de patentes que favorecen los altos precios.

Dicho de otra manera: la privatización y mercantilización de la salud (Capítulo 4) y el monopolio de las patentes que favorece que los medicamentos sean caros tanto para los individuos como para las administraciones públicas (Capítulo 5). Dos causas que, en términos generales nos permitirá sintetizar cómo se produce y quién está detrás de esta injusticia o violencia estructural, su vínculo con el conflicto capital-vida y su papel como objeto de estudio criminológico en el Capítulo 6.

Figura 3. Marco situacional del acceso a medicamentos



Fuente: elaboración propia basada en CERNADAS, A. (2009). *La salud y el acceso a los sistemas sanitarios públicos: desigualdades e inequidades*. Madrid: Síntesis. p.93.



**PARTE II. MANIFESTACIÓN
DEL DAÑO:
LA EXCLUSIÓN
FARMACÉUTICA COMO
REALIDAD Y OBJETO PALMARIO**

CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS DE LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA: EL CASO DE LA HEPATITIS C EN GALICIA

Hasta aquí hemos podido presentar el DAME como un derecho humano ligado al derecho a la salud y reforzado gracias a un proceso histórico que desde el siglo XIX (con la movilización de la clase obrera) ha evolucionado a través de su reconocimiento e internacionalización o el desarrollo gradual de sus obligaciones. Un DAME al que añadíamos su carácter de *derecho emergente* que dentro del proceso globalizador marca que los distintos tratados y declaraciones “clásicos” se muestran insuficientes para responder a las necesidades y problemáticas de la actualidad.

Y es que, a pesar de su posición emergente, este derecho (como el derecho a la salud) ha sido debilitado por un neoliberalismo que actualmente controla el discurso en torno a él. De este modo, con la óptica libertarista la salud parece que hoy no es un bien especial, la asistencia sanitaria debe ser previo pago y la intervención estatal debe ser lo más mínima posible. Una lógica que en materia de medicamentos también ocurre y termina favoreciendo su falta de acceso, aquello que hemos optado por llamar *exclusión farmacéutica*.

Ante lo dicho, hemos llegado a un punto donde el próximo paso a dar se debería centrar en responder a cómo se produce dicho problema o violencia. Es decir, cuáles son las diferentes acciones, omisiones, decisiones o actos que generan y alimentan esta violencia. Para ello, hemos acudido a la realidad, al día a día, a un caso concreto de vivencias y experiencias que nos permitan presentar el daño y el impacto generado.

Este caso no es ni más ni menos que el de la hepatitis C en el Estado español que tuvo lugar entre 2013-2015. Un reflejo de la exclusión donde, por un lado, contaba con una gran cantidad de población enferma que comenzaron a padecer de manera reciente los síntomas del virus; por otro, un nuevo medicamento con una efectividad superior al 90% y muy diferente (en cuanto a los efectos secundarios) a las anteriores; y, finalmente, un contexto que tras el estallido financiero, con la lógica de recortes, no favoreció la disponibilidad de estos medicamentos costosos por parte de la administración.

Sin embargo, fuimos conscientes que el caso de estudio y su trabajo de campo (que cabe señalar, fue interrumpido por el estado de alarma en marzo de 2020) no podían abarcar la problemática completa a lo largo y ancho de la península. Por esta razón, con el fin de presentar una visión general y ciertas características pertinentes que tan solo se dieron en pocos casos (como es el lugar de los jueces, juezas y el papel de la justicia frente a esta violencia) optamos por realizar una crónica alrededor de las historias de vida de los miembros y miembros de *la Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C (PGAHC)*. Una PGACH que nos acogió con los brazos abiertos y donde pudimos conocer 20 historias de vida (a las que se sumaron dos entrevistas más que nos ayudaron a conocer la situación de la sanidad gallega⁵³).

⁵³ Estas dos últimas entrevistas se realizaron a Manuel Martín García (presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública -FADSP-, portavoz de la Plataforma SOS en Defensa de la Sanidad Pública de Galicia y médico de AP) y M.^a Lores Aguín (adjunta de radiología en el hospital de Pontevedra y miembro de la *Asociación Galega para a Defensa de Sanidade Pública -AGDSP-*) con el objetivo de contextualizar este caso de estudio con las <<<

En definitiva, esta sección tiene el objeto de presentar un caso de *exclusión farmacéutica* ocurrido en Occidente, en Europa, en el Norte. Con ello intentamos dar a conocer que el no acceso a medicamentos esenciales es un problema *global*, pero obviamente, no dejamos de señalar que afecta de manera más seria y grave a los países del Sur (y, por el otro lado, el exceso de medicamentos también está presente).

En un primer punto (3.1. *La hepatitis C*), presentaremos un padecimiento desconocido y estereotipado por muchas y muchos⁵⁴ abordando cuestiones como las vías de transmisión, su vínculo con el VIH, su diagnóstico, su sintomatología, su historia natural o su prevalencia.

De manera posterior, acompañadas y acompañados por las experiencias de las y los afectados, recorreremos por los diversos tratamientos que desde la década de los 90 se han enfocado en intentar negativizar (en términos médicos) el virus (3.2. *El tratamiento*). Un recorrido que abarca los primeros medicamentos como el interferón o la ribavirina y se detiene (limitando el contexto temporal de estudio) con el Sovaldi, un medicamento cercano al 100% de efectividad que revolucionó la concepción de los medicamentos como mercancía, la esperanza y vida de las personas con el virus adquirido y el sistema de fijación de precios por parte de la Industria Farmacéutica.

Y es que cabe resaltar, como veremos en el tercer apartado (3.3. *El no acceso al Sovaldi*), que los motivos presupuestarios (bien por los altos precios de los medicamentos como por los recortes de gasto social aplicados por el Estado) terminaron anteponiéndose a las necesidades vitales de estas personas. El atisbo de esperanza que generó la noticia del Sovaldi desapareció cuando los criterios para su acceso fueron muy restrictivos incluso en las y los enfermos con los estadios más severos.

La única solución que vieron fue la unión y la movilización frente a la incertidumbre que traía consigo dos sensaciones: “la ignorancia (no saber qué deparará el futuro) y la impotencia (ser incapaces de influir en su curso)” (Bauman y Donskis, [2013]2017, p.128). Fruto de ello se constituyó la PGAHC, una Plataforma que mediante diferentes estrategias consiguió grandes logros para toda la población enferma y también para la futura garantía del DAME.

Al respecto, queremos enfatizar sobre este último punto (3.4. *La Plataforma Galega de Afectad@ pola Hepatite C*) que, con el objetivo de no perder detalle para el análisis que se realizará en los próximos capítulos, los subapartados corresponden a la fusión de dos ópticas: la *constelación ensayística de la vulnerabilidad* propuesta por Jornet Somoza (2017, p.167) y la descripción realizada por Felstiner, Abel y Sarat (1980), desde una óptica de la sociología jurídica para analizar el surgimiento y la transformación de las disputas y controversias.

decisiones que desde los años 90 el gobierno de la Xunta ha tomado en materia sanitaria. Presentaremos a Galicia como uno de los principales laboratorios del gobierno central en la dinámica privatizadora del sistema sanitario público en el Capítulo 4 (*Capítulo 4. Los problemas de disponibilidad farmacéutica: deterioro y transformación del sistema sanitario español*).

⁵⁴ Por ejemplo, en 2017 la Fundación más que ideas y la FNETH en su informe titulado “Percepción social de la hepatitis C en España -Julio de 2017” mostraban que el 33% de la muestra encuestada no escuchó hablar sobre la hepatitis C y que un 23% no conviviría o intentaría evitarlo con una persona enferma. FUNDACIÓN MÁS QUE IDEAS y FNETH (2017). *Percepción social de la hepatitis C en España -Julio de 2017*. Barcelona/Madrid: Fundación más que ideas/Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos.

En lo que cierne al primero de ellos, la propuesta de Jornet Somoza se fundamenta sobre diferentes ensayos y obras literarias que representan las poéticas del sujeto precario y su condición tras el estallido financiero de 2008. Una nueva figura intelectual que como alternativa a la voz del experto (que muchas veces parece aspirar a la autoridad), se postula como una figura del saber que se sitúa principalmente en el propio cuerpo, en las condiciones históricas y la propia experiencia (Jornet Somoza, 2017, pp.163/179).

De este modo, los elementos que se presentan en este cometido son cuatro:

- 1) La *aceptación de la vulnerabilidad* como punto de partida;
- 2) La voluntad de *denunciar* ese daño subjetivado;
- 3) La construcción de un *contrarrelato* que haga frente al discurso hegemónico; y
- 4) Dar lugar a otras voces de afectados y afectadas con el objetivo de reflejar que nos encontramos ante un problema común situado en la *interdependencia*.

Aunque cabe señalar que estos elementos se centran en un principio en los procesos de ensayo y escritura (y han sido un tanto “retocados” para nuestro cometido en esta investigación), tan solo tenemos la intención de presentar sus aspectos generales para comprender cuál es la base metodológica o estructural en la que nos hemos posicionado para presentar este caso concreto de exclusión farmacéutica⁵⁵.

Con estas intenciones, Felstiner, Abel y Sarat (1980, p.635) sintetizaron una propuesta basada de tres puntos para representar las condiciones en las que las lesiones se percibían o pasaban desapercibidas y cómo las personas respondían a la experiencia de la injusticia:

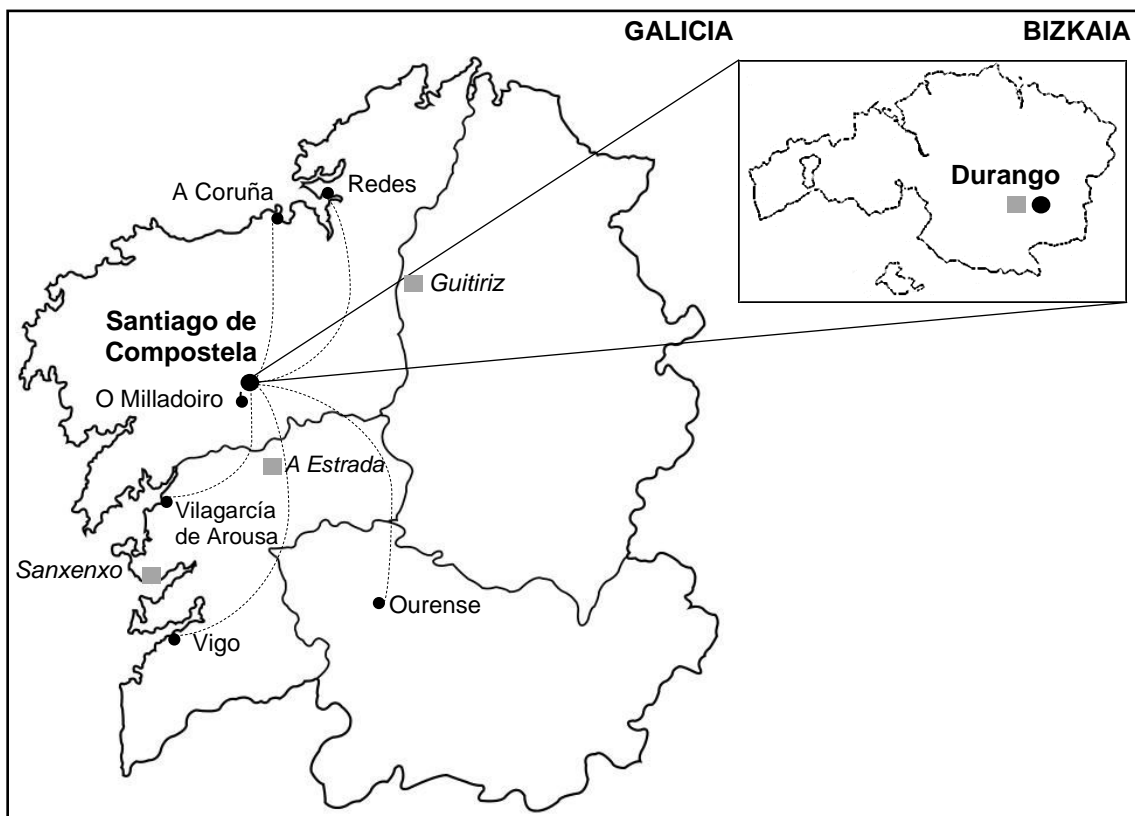
- 1) El *nombrar*, decirse a uno o una misma que una determinada experiencia ha sido perjudicial;
- 2) El *culpar*, ser conscientes del agravio que esa experiencia produce y atribuir sus efectos (o la culpa) a otro individuo o entidad; y
- 3) El *reclamar*, la expresión de responsabilidad y remedio que se dirige a esa persona o entidad culpabilizada

Tras esta matización, para concluir esta introducción capitular, cabe añadir que este se ha escrito con especial delicadeza y consideración, siendo lo más veraz posible en cuanto a lo compartido por las personas entrevistadas. Por ello, antes de dar inicio, quisiéramos agradecer de nuevo la disponibilidad y el compromiso de todas y todos ellos y aclarar que aunque no se den a conocer en la misma medida los testimonios de todas y todos, sirvieron de interés y aprendizaje para quien escribe estas palabras.

Podríamos decir que esta historia no es nuestra, no nos pertenece y no hace justicia a la verdadera experiencia propia de cada una de estas personas. Sin embargo, intenta hacer frente al desconocimiento y la desinformación que la sociedad en general tenemos sobre la hepatitis C y la exclusión de medicamentos. Por todo ello, pretendemos llegar en su conclusión a que somos una comunidad que vive *en común* y que lo que les sucedió a ellas y ellos también nos puede ocurrir a nosotros y nosotras.

⁵⁵ Nos detendremos en ellos cuando “conectemos” los diversos aspectos y conclusiones en el Capítulo 6 (apartado 6.3. *Mirar y escuchar desde la sostenibilidad a la vida*).

Figura 4. Cartografía del trabajo de campo (11/11/2019- 21/09/2020)



Fuente: elaboración propia.

11/11/2019: primer contacto electrónico con la PGAHC; **03/12/2019:** respuesta y visto bueno de la PGAHC; **17/12/2019:** reunión con parte de la directiva de la PGAHC en la Casa de Xantar O Dezaseis (Santiago de Compostela); **06/01/2020:** el investigador se muda a vivir desde Durango (Bizkaia) a Santiago de Compostela (A Coruña) para iniciar el trabajo de campo y con la intención de finalizarla el 30 de junio de 2020; **24/01/2020:** segundo encuentro con la directiva de la PGAHC; **30/01/2020:** entrevista (n.º1) a Xulia Alonso Díaz en Vigo (Pontevedra); **11/02/2020:** entrevista (n.º2) a Enrique Costas Bastero en Santiago de Compostela (A Coruña); **15/02/2020:** presentación del proyecto de tesis en la Asamblea anual de la PGAHC en el Centro sociocultural de O Milladoiro (A Coruña); **27/02/2020:** “maratón” de entrevistas en Redes (A Coruña) a M.ª Isabel Paz Lamigueiro (n.º3), Manuela Dolores López García (n.º4), Eugenio Leira Álvarez (n.º5), José Ramón Rodríguez Pérez (n.º6), Julia Martínez Olmo (n.º7) y Agustín M.B.B. (n.º8); **03/03/2020:** entrevista (n.º9) a M.ª Concepción Barreiro González en Vilagarcía de Arousa (Pontevedra); **06/03/2020:** “media maratón” de entrevistas en A Coruña (A Coruña) a Elena Rivas Vieites (n.º10), José Lavandeira Iglesias (n.º11), José Manuel Martínez Loureiro (n.º12) y M.ª Fernanda Pardo Pérez (n.º13); **13/03/2020:** “media maratón” de entrevistas en Ourense (Ourense) a Jesús Ángel de la Cava Villarroel (n.º14), Olga Suárez Novelle (n.º15), Raúl Auñón Muros (n.º16) y Rosa M.ª Bravo Diéguez (n.º17); **14/03/2020:** el Gobierno del Estado español declara el estado de alarma; **16/03/2020:** a causa de las medidas de confinamiento/cuarentena, el investigador se ve obligado a abandonar el trabajo de campo, es decir, dejar Santiago de Compostela y regresar a la residencia habitual situada en Durango.

25/08/2020: se retoma el trabajo de campo (a distancia) y se contacta con las y los voluntarios pendientes para concretar fechas; **31/08/2020:** entrevista (n.º18) a Soledad Cerqueiro Souto, conexión Durango - A Estrada (Pontevedra); **01/09/2020:** entrevista (n.º19) a Manoel Anxo Fernández Roibás, conexión Durango - Guitiriz (Lugo); **02/09/2020:** entrevista (n.º20) a Eleuterio López Real, conexión Durango - Sanxenxo (Pontevedra) [última entrevista a afectados/as de la PGAHC]; **10/09/2020:** entrevista (n.º21) a Manuel Martín García, presidente de la FADSP y portavoz de la Plataforma SOS defensa de la Sanidad Pública de Galicia; **21/09/2020:** entrevista (n.º22) a M.ª Luisa Lores Agúin, adjunta de radiología en el Hospital de Pontevedra y miembro de la Asociación Galega para Defensa da Sanidade Pública.

3.1. La hepatitis C

3.1.1. Definición y magnitud

La hepatitis C es una enfermedad que surge a causa del virus de la hepatitis C (VHC). El principal órgano afectado es el hígado (recordemos, la “sede del alma”, según Galeno) y puede dejar de funcionar correctamente debido a la inflamación y cicatrización del tejido hepático producido por la afección (Hernández y Martínez, 2013, p.5; Médicos del Mundo, 2016, p.3).

Según estimaciones de la OMS (2020b), 71 millones de personas padecen de infección crónica a lo largo del mundo. Siendo la tasa de mortalidad de 399.000 muertes en 2016, principalmente a causa de las fases más tardías de la enfermedad: la cirrosis y el carcinoma hepatocelular.

Sin embargo, esta patología no siempre fue denominada de este modo. En la década de los 70 se conocía como *hepatitis no A no B* y no fue hasta 1989 cuando comenzó a ser identificada y clasificada como hepatitis C (Choo *et al.*, 1989)⁵⁶. Precisamente en 2020 Harvey J. Alter y Charles Rice (ambos estadounidenses) y el británico Michael Houghton ganaron el Nobel de Medicina por este “descubrimiento” del virus del VHC.

3.1.2. Transmisión

Las vías principales de transmisión son parenterales. Ello quiere decir que las principales causas fueran las transfusiones, las hemodiálisis, la adicción a drogas parenterales, los trasplantes de órganos o la hospitalización (Diago, 2001). Entre las personas entrevistadas de la PGAHC las causas de transmisión con mayor prevalencia vinieron derivadas de las transfusiones (tras complicaciones en el parto, operaciones craneoencefálicas, de compresión medular o de rotura de pierna) incluyéndose, también, casos como el uso de la misma jeringuilla para vacunar en el servicio militar, la transmisión madre-hija o el consumo de drogas.

Por mencionar otros ejemplos, también podrían provocar dicha transmisión mantener relaciones sexuales sin protección donde hubiese contacto sanguíneo, la realización de tatuajes o piercings con materiales mal esterilizados, intervenciones odontológicas (también con materiales mal esterilizados) o compartir material de higiene personal que contuviera restos de sangre (Hernández y Martínez, 2013, pp.6-7).

Estas muestras de transmisión evidencian que estamos ante un virus aparentemente controlado y contextualizado. Y es que la infección se sitúa a partir de 1940 debido a la expansión desde entonces del uso de la administración inyectable de fármacos con materiales desechables. No obstante, desde finales de los 80 y comienzos de los 90, el reemplazo del factor de coagulación, la transfusión de sangre o los trasplantes de órganos vieron extremar las precauciones del control de la sangre de los hospitales. Por ello, junto a mecanismos de mejora en la seguridad y el control de la infección en usuarios y usuarias de drogas por vía parenteral o la esterilización de instrumentos médicos, podemos señalar que la mayoría de las infecciones son anteriores a estas (Molina Pérez y Fernández Castroagudín, 2018, p.24).

⁵⁶ Para profundizar más sobre el “descubrimiento” o la identificación de la hepatitis C, véase: HOUGHTON, M. (2009). The long and winding road leading to the identification of the hepatitis C virus. *Journal of Hepatology*, 51(5), 939-948.

Como anécdota, sobre este “poco” control en la seguridad o higiene de prestaciones médicas, Elena fue operada con 18/19 años de un tumor que tenía en la parótida izquierda entre los años 1981/1982. Un mes después le realizaron las analíticas que revelaron que tenía las transaminasas altas. Muy posiblemente le transmitieron el virus en la operación (aunque en su caso no hubo transfusiones, pero sí se utilizó factor coagulante) ya que según le consta, en aquella época el instrumental se esterilizaba y se ponía a secar al sol en aquel hospital. Su médico especialista apuntó el origen a la alta probabilidad de contagio por uso de jeringuillas no desechables (de pequeña recibió bastantes inyectables por problemas respiratorios). En cualquier caso, si el virus estaba ahí, en la operación “se activó”.

3.1.3. Vinculación con el VIH

La hepatitis C tiene una relación directa con el VIH (recordamos, que este padecimiento por su expansión y gravedad impulsó el reconocimiento internacional del DAME) en la medida que las vías de transmisión son parecidas, y en contadas ocasiones, padecer de este último implica una infección simultánea o coinfección de la hepatitis C. Por ello, se comparte, como decía el escritor Hervé Guibert, una sangre desenmascarada, desnuda y “desvestida y expuesta a todo” ([1990]1998, p.14). Entre las personas que fueron entrevistadas, cuatro/cinco cumplían con este perfil.

Al respecto, pudimos comprobar en estas personas un significativo sentimiento de *estigmatización*. A muchas personas enfermas tan solo por hepatitis C se les preguntó sobre el estigma y muy pocas afirmaron esta experiencia. No obstante, y sobre todo por el VIH, algunas personas coinfectadas reconocieron su preocupación:

Y yo, cuando me lo diagnosticaron, que entonces fue en 1999, la palabra SIDA buf... imponía... lo pasé fatal. Lo pasé peor cuando me dijeron que tenía VIH que cuando me detectaron el linfoma. Me imponía más la palabra SIDA que la palabra cáncer... y, de hecho, es que casi no dormía. Yo estaba ingresada en el Hospital Arquitecto Marcide (Ferrol) y de noche dormía un poco y me despertaba soñando “SIDA, tengo SIDA” y después yo tenía miedo, ¡ay si lo tienen mis hijas! que yo si hubiera sabido antes que lo tenía (hoy en día se puede tener un hijo sin el riesgo de infección)... Yo si hubiera sabido que tenía el VIH posiblemente no hubiese tenido a mis hijas.

Y menos mal que no lo supe, porque las dos están sanas, una hizo periodismo (Alba), no ejerce de periodista, trabaja en otra cosa, pero bueno, esta licenciada en periodismo y la otra es profesora. Y bueno, están bien, las dos bien, me alegro mucho de haberlas tenido, por supuesto. Pero si lo hubiera sabido antes de tenerlas, igual me hubiera condicionado a “cómo te vas a arriesgar a traer un hijo al mundo ya con el VIH”, lo piensas dos veces, yo creo... igual no las hubiera tenido, y bueno, hoy me alegro profundamente de haberlas tenido.

Y entonces sí, en aquel momento lo pasé muy mal, muy mal, me comía el coco “y si mis hijas...”, luego les hicieron las pruebas y yo “¡ay si lo tienen ellas!”, parece que era algo que no me lo podía perdonar sin yo tener la culpa, claro, pero bueno, menos mal que ninguna de las dos... (Julia Martínez Olmo, 27 de febrero de 2020)

Y es que como decía Susan Sontag ([1978/1989]2020), preocupándose por las metáforas o mitos que se utilizaban para ciertas enfermedades, estas terminaban haciendo más daño que bien. Con el VIH se dio un salto cualitativo donde el discurso de terror y vergüenza se comenzó a enfocar en los microorganismos (en “el bicho”) y no en la enfermedad. El cáncer dejó de ser estigmatizado con el paso del tiempo y el VIH/SIDA adquirió su lugar, siendo objeto de “lucha” y “cruzada” que, aparte de vergüenza, también generaba sentimiento de *culpa* (Sontag, [1978/1989]2020, p.129).

En suma, sin ánimos de perder el hilo de este recorrido, consideramos que merece especial atención el libro de una de las entrevistadas: *Futuro imperfecto* (Alonso Díaz, [2010]2011). En él, Xulia Alonso relata (como señala la contraportada de su obra) “la historia más importante de su vida: su amor por Nico [su pareja] y la experiencia de su pérdida”.

Imagen 1. Xulia (al fondo) y las compañeras de la PGAHC en la moción sobre la hepatitis C del pleno de Vigo el 10 de febrero de 2015



Fuente: redes sociales de la PGAHC.

En ese momento ya éramos más que simples aprendices. Escuchamos nuestra intuición y no dimos oportunidad al desperdicio: nadie sabe del futuro y no debe anticiparse, debemos esperar a que llegue y estar presente para vivirlo, resistirlo si pesa y disfrutarlo si es ligero. El presente es siempre y, si aprendes a colocar el futuro en el lugar que le corresponde, sin especulaciones, en el territorio de los sueños, tienes más capacidad de sentir, de saborear el momento con nitidez y en todos sus matices, esos mínimos que suelen pasar desapercibidos para nosotros. Percibimos el presente por encima de todo. El futuro parecía de oscuro, mejor no especular, no soñar... demasiado. Pero la pelota amarilla a menudo se asomaba de tu mano y era la señal obvia de que, a pesar de todo, todavía estábamos soñando [traducción propia del gallego] (Alonso Díaz, [2010]2011, p.179)

Una memoria del pasado que está dedicado a la hija de los dos (Lucía) y se vuelve en *memoria del presente* para poder comprender, por ejemplo, como una Xulia de 17 años se muda a Santiago de Compostela para estudiar en la universidad (aunque solo la pisaría para matricularse) tres años después de la muerte del dictador Franco (1978). La jaula que suponía el franquismo se rompió y Santiago se volvió para muchas y muchos en sinónimo de emancipación. Una generación salió de las sombras y empezaron a respirar nuevos aires de libertad (Alonso Díaz, [2010]2011, p.88). En este contexto, el consumo de drogas aumentó y enfermedades como el VIH se propagaron.

3.1.4. Una enfermedad silente

De manera consecuente a las vías de transmisión y su historia, entre las recomendaciones se encuentra la realización del diagnóstico y las pruebas precedentes a cualquier persona que antes de las citadas fechas hubiese pasado por alguno de estos supuestos de riesgo (Infosalus, 2011a).

Y es que la hepatitis C es una *enfermedad silente*, lo cual quiere decir, que a no ser que sea aguda, puede llegar a ser asintomática, no apareciendo hasta 5 o incluso 30 años después de ser adquirida. Tal y como mencionaba una campaña de la Cruz Roja, donde utilizaba el humor como medio de concienciación para el diagnóstico: “los hígados no dolemos, vamos, que no damos la lata, así que si estamos mal no te enteras” (Cruz Roja, 2012).

Según cifras de 2011⁵⁷, en el Estado español se estimaba que la patología afectaba a un 2,6% de la población (800.000 personas). Población de la cual un 50% desconocía que lo padecía (Infosalus, 2011a)⁵⁸. Respecto a esta última situación, el entonces jefe del Servicio de Hepatología del Hospital Universitari Vall d'Hebrón (Barcelona) señalaba que el desconocimiento se debía, junto a la ausencia de síntomas, a que en la AP no se realizaba dicha identificación (Infosalus, 2011a).

Dicho lo cual, entre los síntomas más comunes descritos por la OMS (2020b) destacan la fiebre, el cansancio (la fatiga), la pérdida de apetito o los dolores articulares. Una sintomatología que no genera alarma personal o preocupación individual puesto que vivimos en una *sociedad del cansancio* donde nos hemos vuelto en *sujetos de rendimiento*⁵⁹. Estas son las respuestas con las que nos encontramos en el trabajo de campo sobre la sintomatología de esta “enfermedad del tiempo”:

Yo entré en el circuito de la salud pública como paciente en enero de 1990, que es cuando comencé a recibir tratamiento contra el VIH. En aquel momento, la hepatitis C ni siquiera se conocía (era la hepatitis no A no B) dentro de un entorno, además en el que el VIH era digamos, *la enfermedad o el problema*, sanitariamente hablando. Y es que la hepatitis C era algo secundario porque realmente lo que ponía en riesgo mi vida era el VIH. (Xulia Alonso Díaz, 30 de enero de 2020)

Era totalmente asintomático, es decir, podía hacer una vida normal y, visto lo visto, ya que no había mucha solución también, durante un tiempo decidí no hacerle más caso al ‘asunto’ [ríe]. A mí no me duele nada, a mí no me pasa nada, tengo algo que de momento no saben curar, pues, ¿para qué c*** me voy a preocupar yo de esto? (Quique Costas Bastero, 11 de febrero de 2020)

El VIH preocupaba bastante más, el otro lo tenías, pero bueno... el VIH era lo que.... Y en realidad, también nos hemos enterado de todo esto más tarde, que no le dábamos importancia y que en realidad nos estaba haciendo más daño la hepatitis que el VIH. (Raúl Auñón Muros, 13 de marzo de 2020)

⁵⁷ Mismo año en el que se anunció que la hepatitis C tendría por primera vez un Día Mundial reconocido por la OMS y apoyado por 193 países: el 28 de julio. VELÁZQUEZ, C. (18 de febrero, 2011). La hepatitis ya tiene Día Mundial de la OMS, el 28 de julio, que contará con el apoyo de 193 países. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de: https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-hepatitis-ya-tiene-dia-mundial-oms-28-julio-contara-apoyo-193-paises-20110218125833.html?_ga=2.133176526.1794439534.1560528464-887530755.1510589176

⁵⁸ En la población de reclusos dicha cifra ascendía a uno de cada cuatro, cifra elevada pero inferior al 50% de la década de los 90. INFOSALUS (28 de octubre, 2011b). Uno de cada cuatro presos tiene hepatitis C en España. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-cada-cuatro-presos-tiene-hepatitis-espana-20111028124932.html?_ga=2.169284833.1794439534.1560528464-887530755.1510589176

⁵⁹ Tesis dada por el teórico cultural Byung Chul-Han donde las personas no somos ya solo objeto de la disciplina y una sociedad de control sino una de *rendimiento* donde el eje principal es el “poder sin límites”, rendir y rendir en una lógica de la competencia que nos lleva a la autoexplotación. HAN, B.-C. ([2010]2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder. p.16; [2016]2018). *La expulsión de lo distinto*. Barcelona: Herder. p.56.

Es decir, en los primeros estadios de la enfermedad “el silencio” de la enfermedad despreocupó a las y los afectados hasta que, tras un buen tiempo (conforme progresaba la patología), esta “comenzó a hablar”. Por ejemplo, Concha o Jesús Ángel, tras ser diagnosticados, no le hicieron caso o no se lo tomaron muy en serio porque no tenían síntomas y había poca información respecto a ella.

Otras personas como Xulia o Julia, tenían problemas de salud de mayor consideración entonces como el VIH, además, en el caso de la última, un linfoma que le detectaron en 2002 y por la que tuvo que realizar ocho ciclos de quimioterapia (recayendo de nuevo en 2003).

Al respecto, cabe señalar que algunos de los síntomas como el cansancio o la fatiga estaban “normalizados”. Isabel relacionaba el cansancio con las actividades que realizaba diariamente o con el cuidado de sus hijos. Mientras que José Ramón vio que en su trabajo de camionero “tenía que estar siempre muy activo [...] sino decaía el ánimo en cierto modo, en el sentido que no tenía mucha vitalidad” (José Ramón Rodríguez Pérez, 27 de febrero de 2020).

En síntesis, tal y como nos señalaba Quique, motor político y expresidente de la plataforma, la hepatitis C es doblemente cabrona “porque es una enfermedad mortal de evolución lenta al principio, pero de una evolución más rápida cuanto más progresa la enfermedad y que cuando da síntomas estás muy jodido” (Quique Costas Bastero, 11 de febrero de 2020).

3.1.5. Diagnóstico

Tabla 9. Fases de fibrosis según el Fibroscan

Grado de fibrosis (Fases)	Kilo Pascales (kPa)
FASE 0/1 (leve)	No fibrosis >7.6
FASE 2 (moderada)	7.7-9.4
FASE 3 (avanzada)	9.5-14
FASE 4 (grave)	14<

Fuente: HCV SIN FRONTERAS (22 de marzo, 2017). ¿Cómo se interpreta el resultado del Fibroscan? Hcvsinfroterras.org.

En cuanto al diagnóstico del virus, esta se realiza a través de dos etapas: 1) con una prueba serológica donde se detectan los anticuerpos anti-VHC que revelan si hay infección o no; y 2) en caso de que los anticuerpos sean positivos, se realiza una prueba que detecte el ARN del virus. En este último caso se intenta conocer el daño hepático a través de pruebas adicionales como el análisis de sangre, la biopsia del hígado o la ecografía del hígado.

Por citar una de estas pruebas, el Fibroscan es una técnica ultrasonográfica menos invasiva que la biopsia que valora el grado de fibrosis hepática y el estado de rigidez del hígado (la fibrosis). Conforme a los resultados que se miden en la medida de kilo Pascal (kPa) se pueden determinar diferentes fases de la enfermedad (Tabla 9), cuantificándose los valores de elasticidad entre 2.5 y 75 kPa (HCV Sin Fronteras, 2017).

En el caso de las personas entrevistadas la mayoría se encontraban entre la Fase 4 y la Fase 3. Algunas de ellas fueron diagnosticadas mediante las analíticas de la empresa o pruebas que se realizaban cuando querían donar sangre. En concreto, merece mención las vivencias de José Ramón, que en una primera prueba para conocer el grado de fibrosis dio un nivel moderado entre 7 y 8 kPa.

Tras la invitación de Agustín, se volvió a realizar en A Coruña la misma prueba (con máquinas independientes al sistema público), dando el resultado de 13,4 kPa (cerca de la gravedad). Una cifra que provocó desconcierto y que, por lo cual, de manera independiente y por su cuenta, con todos los documentos y distintos resultados, se acercó a un antiguo amigo que ocupaba el cargo de capellán del Hospital Arquitecto Marcide (Ferrol, A Coruña). Tras comentarle lo que le había ocurrido, pasó por un médico de medicina interna y le señalaron que habría algún error en la máquina o falta de pericia por parte del personal. Por lo cual, consiguió que le realizaran una nueva prueba donde el resultado se situó entre un 12 y 13 kPa (Fase 3).

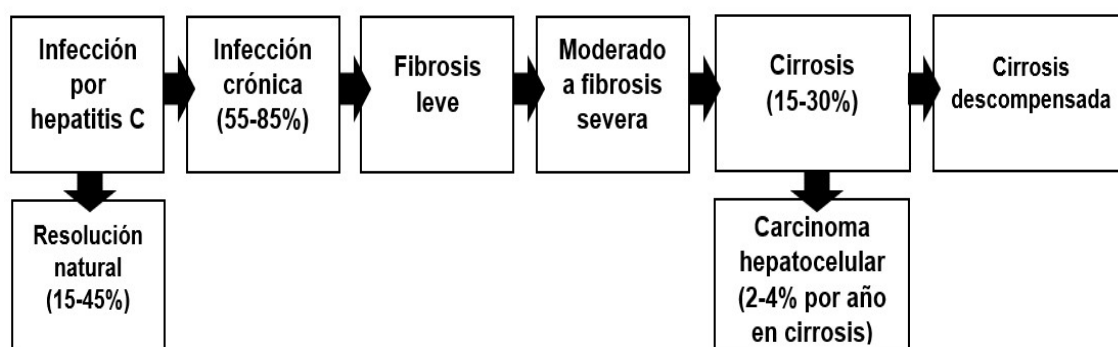
A su vez, resulta descolante el desconocimiento por parte del personal especializado los primeros años después del “descubrimiento” de la enfermedad. A Isabel, tras detectarle el virus le preguntaron si bebía, prejuzgando por parte del facultativo “que las mujeres que hacen la vida en su casa beben a escondidas” y por ello podría tener el hígado dañado (M.^a Isabel Paz Lamigueiro, 27 de febrero de 2020).

Del mismo modo, tras notificarle que tenía hepatitis no A no B (alrededor de 1985), le señalaron que debía tener cuidado con que sus hijos no adquirieran el virus. Con el desconocimiento de que este se transmitía por sangre, retiró los platos que tenía en casa y marcó los suyos con esmalte. Después advirtió tanto a sus hijos como a su marido, Pacheco, con toda preocupación y angustia, que a partir de entonces nadie podía tocar sus cosas. Por ello, utilizando palabras compartidas por ella durante la entrevista: “los especialistas estaban en pelotas como yo” (M.^a Isabel Paz Lamigueiro, 27 de febrero de 2020).

3.1.6. Historia natural del VHC

Según el curso del VHC en el organismo humano, aproximadamente un 30% (entre un 15-45%) de las personas infectadas lo elimina esporádicamente en un plazo de seis meses y sin necesidad de tratamientos. Aunque también hay casos como el de Raúl, uno de los entrevistados, que más de 20 años después de ser diagnosticado, en el momento de solicitar los nuevos medicamentos (que trataremos de manera posterior) le notificaron que ya lo había negativizado.

Figura 5. Historia natural de la infección por hepatitis C



Fuente: OMS (2016). *Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p.26.

En el resto de la población con el virus adquirido, el 70% (entre un 55-85%) suele padecer de una infección crónica, agravándose las fases de la enfermedad hasta la F4, un estadio de cirrosis que padece el 15-30% de este porcentaje en un plazo aproximado de 20 años (OMS, 2020b). En lo que concierne a este estadio, quienes desarrollan cirrosis corren el riesgo de descompensaciones como hemorragias digestivas por varices, desarrollo de ascitis o encefalopatía. Mientras que en un 2-4% de estos casos puede que aparezca un carcinoma hepatocelular (Molina Pérez y Fernández-Castroagudín, 2018, p.29).

3.1.7. Tipología y prevalencia

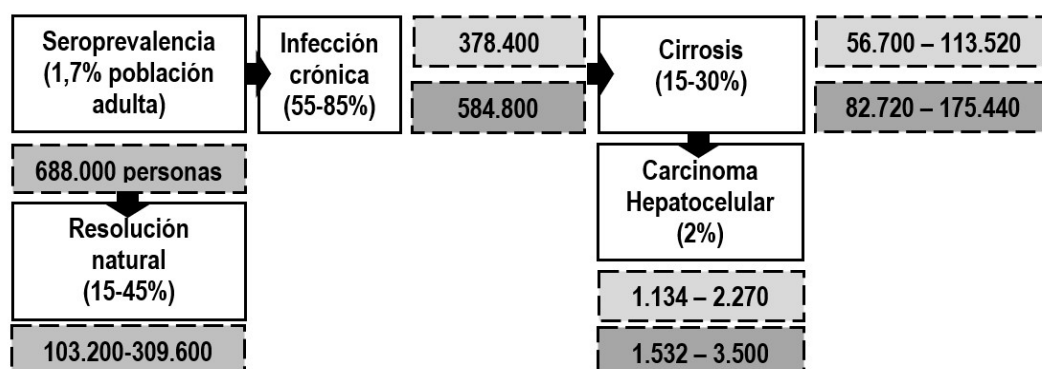
En lo que respecta a la tipología del virus, el VHC cuenta con diferentes genotipos (cepas del virus) que globalmente predominan en mayor o menor medida. Según el IPT de uno de los medicamentos para tratarla, el Genotipo 1 predomina en Europa casi en un 70% de la población total, seguido del Genotipo 3. Mismos índices que se dan en el Estado español (AEMPS, 2014c).

A nivel mundial estos datos se distribuyen en los siguientes porcentajes: el genotipo 1 es el mayoritario con el 46,2% de los casos (en un 33% el subtipo 1a y en un 67% el 1b); el genotipo 3 predomina en un 30,1%; el genotipo 2 en un 9,1%; el genotipo 4 en un 8,3%; el genotipo 6 en un 5,4%; y el genotipo 5 en un 0,8% (Navarro de la Cruz y Aguilera Guirao, 2018, p.43)

En lo que concierne a la prevalencia geográfica, son áreas con mayor índice (3,5%< de la población) regiones como el Este y Centro de Asia, el Oriente Medio y el Norte de África. Mientras que la prevalencia media (de 1,5 a 3,5%) Europa, el Sur y el Sureste de Asia, Centro América, América del Sur, el Caribe, África Subsahariana o Oceanía. Mientras que América del Norte y la zona de Asia-Pacífico son las que menos prevalencia tienen (<1,5%) (Mohd Hanafiah *et al.*, 2013; Molina Pérez y Fernández-Castroagudín, 2018, p.23).

En lo que corresponde al caso español, con una prevalencia del 1,7% (según datos actualizados de 2014) y siguiendo la dinámica de la historia natural, de un total de 688.000 personas, 103.000 y 309.600 lo negativizan de manera natural y entre 56.700 y 175.440 llegan a padecer de cirrosis (Figura 6).

Figura 6. Estimación de la evolución de la infección por VHC en el Estado español en 2014



Fuente: MSSSI (2015). *Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. p.21.

3.2. El tratamiento

3.2.1. El Interferón y la biterapia

Tras presentar brevemente la enfermedad y sus consecuencias, vemos conveniente incidir en la asombrosa evolución que han sufrido los tratamientos para combatir el virus desde la década de los 90. Por comenzar con el primero de ellos, la administración o inyección del *interferón* (IFN) fue desde un comienzo el tratamiento más utilizado. Un fármaco al que se le sumó a finales del siglo XX la *ribavirina* (RBV) por vía oral, creando de este modo la conocida biterapia con una duración de 24/72 semanas.

Sin embargo, su tasa de eficacia era inferior al 50%. Además, el interferón aparte de estar contraindicada a pacientes con hipersensibilidad, traía consigo unos efectos secundarios que, según Cuéllar Rodríguez (2018, p.95), se veían representados en síntomas de tipo gripal (en el 98% de los casos), fiebre seis horas después a la administración (40-98%), cefalea (20-70%), fatiga (50-95%) o mialgia (30-75%).

En lo que concierne a las personas entrevistadas que fueron diagnosticadas entre 1980 y 2010, una gran mayoría se trató bien con el interferón o con la biterapia. Para las personas con los estadios del virus más grave, el consumo de estos medicamentos se convirtió en la única vía entre la muerte o “lo malo”. Por este motivo no les quedó más remedio que tratarse.

A aquellas personas como Isabel o Agustín, que tenían el virus estabilizado, decidieron no tratarse conociendo los efectos del tratamiento y su baja tasa de efectividad. Una posición por la que en ambos casos fueron coaccionados por sus especialistas: “mi doctora del digestivo me lo quería meter por los ojos” (Agustín M.B.B., 27 de febrero de 2020). Incluso la propia Isabel salía a veces llorando de la cita con el especialista porque no estaban de acuerdo con la posición que ella tomó.

Son distinguibles los casos también de José Lavandeira donde su cuerpo no los admitía, o Fernanda, que por su carácter y su personalidad, el o la especialista le indicó que no podía tomarlo porque le podría dar por tirarse por la ventana. Y es que en las letras (siempre diminutas) del prospecto se advertía del posible riesgo de suicidio.

3.2.2. Efectos secundarios y hábitos de vida

Por centrarnos en las personas que sí se trataron con estas primeras terapias, muchas concuerdan que su experiencia fue “traumática”, “brutal” o “una animalada”. Por ejemplo, Xulia se sometió en 2008 a la biterapia durante 11 meses y llegó a bajar de 48kg a 36kg. Caso parecido al de Manoel que adelgazó de los 85kg a los 69kg.

La efectividad tampoco fue satisfactoria para Eleuterio, para Manuela (que la hizo “más daño que bien”) o para Eugenio, que tras ser trasplantado del hígado y ser diagnosticado de hepatitis C de manera ulterior, el interferón “por poco lo mata”. Una situación por la que tuvo que abandonarla a las tres semanas (aunque dada su situación y su gravedad, tuvo que tratarse de nuevo trayendo consigo los mismos resultados).

Para hacernos una idea sobre los efectos y los cambios en los hábitos de vida que producían estos tratamientos, las vivencias de Quique nos parecen representativas. Entre 2010 y 2011 se trató con la biterapia y, pese a querer suspenderlo a los 6 meses, le animaron a terminarlo. Este fue su hábito de vida en el transcurso del tratamiento:

[...] yo me pinchaba interferón los domingos a medianoche, porque lo aconsejable cuando te pinchabas era tomarte un paracetamol previamente para mitigar los efectos y meterte en cama. Así, las horas del “pico” te las pasabas durmiendo para no enterarte mucho. Y yo me pinchaba el domingo por la noche... miento, me pinchaba el lunes por la noche, y eso me obligaba a dedicar el lunes a limpiar la casa, hacer la compra, hacer la comida y guardar comida preparada y demás... es decir, prepararme para estar enfermo.

Y normalmente, estaban... los síntomas de una gripe, es decir, dolor muscular, dolor articular, piel hipersensible, febrícula... eso normalmente hasta el miércoles-jueves como mínimo, había semanas que no estaba bien hasta el sábado, sabiendo que me iba a volver a poner malo [ríe]

Luego, a mí, hubo un momento en que comenzó a darme mucha picazón y a despertarme con las piernas sangrando de rascarme de noche mientras dormía, eh... y eso en lo físico. En lo psíquico, bastante devastador, porque te genera muy mal humor, te conviertes en una persona muy intolerante, saltas a la primera, entonces, como saltas de forma absolutamente injustificada luego te sientes muy arrepentido. Entonces, entras en unos ciclos depresivos tremendos, eh... tienes una mezcla de depresión-cabreo, todo junto... (Quique Costas Bastero, 11 de febrero de 2020)

Jesús Ángel, quien se trató con la biterapia en 2008, unos 10 años después de ser diagnosticado (algo muy común por la característica de *enfermedad silente* ya señalada), coincidió al respecto en torno al mal humor que generaban estos medicamentos. La experiencia de Concha con el interferón en 1991 resulta ser también muy descriptiva:

Era un infierno porque el interferón, a ver, así como hay gente que le sienta muy bien, a mí me sentó fatal. Yo el día que tenía “el glorioso”, el día que le llamaba “el glorioso” era el día el que podía ir a la playa, pasear un poco... eso sí, lo que pude siempre fue conducir, mover me movía, y además lo pasé yo sola en una casa, mi familia no sabía nada, sabía que estaba tomando eso pero bueno, no sabían cómo estaba realmente, o sea... y los días que me ponía el interferón a las 23:00 de la noche, al día siguiente aquello era un infierno, era un verdadero infierno...

[...] Pues los efectos que tenía eran que empezabas a las 6-7 de la mañana y empezaba a tener un calor, como si tuvieras una gripe, una artrosis, una artritis, todo junto. Tu mente tenía 30 años, pero tu cuerpo tenía 80. No te podías mover, no te... a ver, era horroroso, hasta que, ibas durmiendo, durmiendo, durmiendo e ibas calmándote e iba pasando el efecto y al día siguiente era el que tenías bien, pero esa noche ya te tenías que pinchar otra vez.

[...] Y bueno, empecé el tratamiento el día de difuntos, noviembre fue horroroso, finales de noviembre, diciembre peor, me metí en este apartamento yo sola, eché a todo el mundo, los efectos psicológicos fueron horribles, eso fue lo peor de todo... mira, lo que te dolía el cuerpo era una cosa, pero lo que te dolía la mente era peor. Tuve que decirle a todo el mundo que se marchara [se emociona] solo entraron dos personas por teléfono, eso sí. A mi madre sí, también, porque lo que podías, a ver, lo mala que podía llegar a ser con ese tratamiento solo yo lo sé. Llegué a pensar mal de todo el mundo, llegué a tener ganas de suicidarme, llegué a, o sea, a cortar el teléfono porque a todo el mundo lo mandaba a la mierda, eso era lo más suave que yo le podía decir a una persona que me dijera cómo estaba.

Eso sí, razoné. Y dije yo, no le puedo decir a todas mis amistades y toda la gente que conozco que se vaya a la mierda cuando se están preocupando por mí. O sea, que había momentos de lucidez, pero los pensamientos que tuve... lo psicológico para mí fue lo peor. Lo físico fue malo, pero lo psicológico fue peor. Y me acuerdo, que hubo una cosa que me ayudó, era contar los días por la mañana. Y lo que hace la mente. “Hoy es lunes, bueno pasado martes, pasado miércoles, después ya me queda jueves y viernes”. Eso era todos los días, “llevo tres semanas, bueno, si llegó a las 6 a ver lo que hago”. Era todo contar, contar, contar... Y solo vivías para la enfermedad, no vivías para otra cosa. (Concepción Barreiro González, 3 de marzo de 2020)

No obstante, tras todo lo visto, hubo gente como Julia que en 2012 se trató con la biterapia pero no negativizó, situación opuesta a la de su hija Alba que negativizó el virus gracias a esta terapia. También, José Manuel, Elena o Soledad soportaron bien tanto la terapia única del interferón como la biterapia, siendo la efectividad en estos casos también negativa. Las dos últimas personas concuerdan que a causa de los efectos secundarios perdieron pelo o que, incluso hoy en día, tienen pequeños “cortocircuitos” de memoria a la hora de recordar ciertas cosas o palabras.

3.2.3. Los AAD y las triterapias

Tras estos tratamientos, en su gran medida poco satisfactorios, en 2011 ocurrió un cambio destacable. Apareció la primera generación de fármacos que actuaban sobre uno o varios elementos de la poliproteína que bloquean el ciclo biológico del virus (los primeros AAD): el boceprevir (BOC) y el telaprevir (TVR). Unos nuevos tratamientos que consumiéndolos junto a la biterapia, tenían una tasa de respuesta superior a las anteriores (70%) y con una duración mucho menor a la anterior (24/48 semanas).

Si el interferón con la ribavirina era entonces el tratamiento más recetado para los genotipos 1, 4 y 5, con la combinación de uno de los AAD, es decir, con la *triterapia*, la tasa de efectividad aumentó casi en un 30% para los genotipos 1 y 4 (Infosalus, 2011b). Además, ofrecía la oportunidad de curación a pacientes con poca probabilidad de responder con éxito al anterior tratamiento. En cambio, su perfil toxicológico y las tasas de abandono fueron superiores a la biterapia (Cuéllar Rodríguez, 2018, p.99; Jiménez Galán *et al.*, 2014, p.232).

Por llevar estas afirmaciones en la práctica, tras la experiencia vivida con el interferón y la biterapia, muchas y muchos no se plantearon esta triterapia (como Quique). Incluso, quienes se habían sometido soportándolo bien a las dos anteriores, decidieron no probarlo y escogieron esperar porque los resultados previos fueron negativos (el caso de Elena, por recomendación de su médico). Otras personas (como Xulia), en cambio, por su estadio de gravedad tuvo que someterse, pero no aguantó los primeros 3 meses del Telaprevir. Otros como José Manuel se sometió al mismo sin ningún problema, pero no negativizó.

3.2.4. El Sovaldi

Por incidir en la situación de las y los enfermos y su experiencia con los tratamientos hasta ahora presentados (el duro camino de no haber sido efectivos los respectivos tratamientos, no tratarse por sus efectos secundarios u otras determinadas circunstancias), alrededor de 2013 surgió un “cambio de paradigma”. Un vuelco en el tratamiento de la hepatitis C caracterizado según Velásquez (2018, p.67):

- 1) por un medicamento que cura;
- 2) por un precio inaccesible; y
- 3) por la desvinculación de la Industria Farmacéutica del argumento de la fijación basada en el costo de I+D y el paso a criterios fundamentados con la capacidad de pago de cada país o el valor terapéutico del medicamento (comparándose con un posible costo de trasplante de hígado).

En lo que respecta al primero de ellos (*1. Un medicamento que cura*), un 6 de noviembre de 2011, en el 62º Encuentro de la Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Hepáticas celebrada en San Francisco, se presentó un ensayo clínico con resultados que generaron asombro. El Dr. Ed Gane estuvo trabajando en un fármaco prometedor muy diferente a los citados anteriores para tratar la hepatitis C (una carrera en la que ya se encontraban 60 prototipos). Este fue conocido con el nombre del código de laboratorio PSI-7977 que pertenecía a la farmacéutica Pharmasset (Knight, 2013).

En la presentación, compartió una actualización del ensayo ELECTRON. En él, 40 pacientes probaron el fármaco en un ensayo en fase II⁶⁰. Divididos estos en cuatro grupos de diez personas, tres grupos tomaron el PSI-7977 en varias combinaciones con la biterapia. Mientras que al cuarto tan solo se le administró el fármaco en estudio con la ribavirina (Knight, 2013).

Los resultados fueron sorprendentes. Después de tres meses de tratamiento, los diez pacientes del último grupo negativizaron la hepatitis C. Un 100% de efectividad que fue certificado seis meses después por medio de analíticas posteriores donde no hubo recaída alguna (Torres Bouza, 2018, p.125, Knight, 2013).

Bajo este conocimiento las grandes corporaciones farmacéuticas se movieron y una de ellas, Gilead⁶¹, adquirió Pharmasset tan solo quince días después (el 21 de noviembre de 2011) por 11.000 millones de dólares. De esta suerte, consiguió el portafolio de productos de esta empresa, incluido el fármaco ya señalado y conocido como sofosbuvir (SOF) (Knight, 2013).

Al respecto, este medicamento ya fue patentado el 25 de noviembre de 2010 y finalmente, en manos de Gilead fue comercializado bajo el nombre de Sovaldi el 5 de diciembre de 2013 tras el visto bueno de la FDA⁶² (Martínez Romero, 2014). Pero, no sería hasta enero de 2014 cuando llegó a Europa tras la autorización de la EMA (si bien su uso se retrasó durante meses debido a la negociación del precio entre las autoridades sanitarias y el laboratorio).

Dicho lo cual, el Sovaldi se comercializó con una gran diferencia: “curaba” (negativizaba) casi al 100% el VHC. Un hito en materia de medicamentos poco común que la Industria Farmacéutica tuvo que aprovechar porque podía traer, en poco tiempo, la erradicación del virus a escala global. A su vez, el tiempo de tratamiento con esta “segunda oleada” se redujo a las 8/12 semanas, siguiendo la línea de los primeros AAD.

⁶⁰ Fase correspondiente a la etapa de desarrollo clínico de un medicamento que consiste en ensayos exploratorio de eficacia sobre 100-500 pacientes (personas enfermas) con el objetivo de conocer los efectos secundarios, la dosis, la eficacia y la duración del tratamiento. Al respecto, trataremos las distintas etapas de la cadena de medicamentos en el Capítulo 5 (*apartado 5.2.1. Las etapas del medicamento*).

⁶¹ Esta corporación fue fundada en 1987 y su nombre proviene de la Biblia, haciendo referencia a una ciudad citada en el Antiguo Testamento, que se ubicaría en la actual Jordania, en la que se preparaba un famoso bálsamo curativo de agradable olor. TORRES BOUZA, X. M.^a (2018). El largo camino del sofosbuvir. Raymond Schinazzi. Pharmasset. Gilead. En, COSTAS, E. y TORRES, X. M.^a (Coord.), *Hepatitis C: La revolución de los pacientes*, (pp.113-133). Paterna: Farmamundi. p.129.

⁶² Agencia similar a la AEMPS o la EMA fundada EE. UU. con la *Pure Food and Drug Act* de 1906 que tiene la función de regular y autorizar los fármacos.

En segundo término (2. *Un medicamento con un precio inaccesible*), este aspecto comienza a reflejar de manera más notable que la *exclusión farmacéutica* es un problema *global*. El Sovaldi salió al mercado estadounidense con un precio de 84.000 dólares para un tratamiento de 12 semanas. Es decir, cada píldora diaria tenía un costo de 1.000 dólares (ISGlobal, 2016, p.8; Lamata Cotanda *et al.*, 2017, p.253).

Una cantidad que en un sistema liberal basado en la sanidad privada no equivalía a un nuevo problema, sino que agrandaba la desigualdad en la población. Una diferencia en el acceso entre aquellas que podían permitirse la asistencia o las prestaciones sanitarias previo pago (como manda el libertarismo/neoliberalismo) y las que no. Aunque el hecho es que su alto costo también afectó a la población más pudiente y como no, a otros países con otros modelos sanitarios.

De este modo, en diversos contextos donde muchos países estaban saliendo de los efectos del estallido financiero o estaban aplicando recortes para “cubrir” los rescates, este tratamiento apareció con su derivado precio. Por primera vez (o al menos de la manera más notable), la garantía del DAME en estos contextos se comienza a poner en cuestión. Por ejemplo, Gilead intentó venderlo en el Estado español por 60.000 euros, llegando posteriormente a rebajarse esta cifra a los 24.000 euros, siendo el precio final de 13.000 euros tras largas negociaciones (Jara, 2016).

En este sentido, llegando al último punto (3. *Un medicamento donde su precio es fijado por su valor terapéutico*), las altas cifras responden a que Gilead optó por una estrategia de fijación de precios basada en: 1) la capacidad de negociación de cada país; y 2) el valor terapéutico del medicamento. Por comenzar con el primero de ellos, tras muchos meses de negociación, se establecieron precios dispares como 41.000 euros en Francia, 5.000 dólares en Argentina o 999 dólares en Egipto (Velásquez, 2018, p.81).

En lo que respecta al *valor terapéutico* (discutiremos sobre ella en el apartado 5.3.1. *El control corporativo de la cadena de medicamentos*) el argumento principal defendido, por ejemplo, por José Luis Calleja (doctor entonces del Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid), era que el coste de los fármacos no era un impedimento, ya que a largo plazo suponían una inversión, y es que alrededor del 20% de las personas enfermas si no eran tratadas necesitarían un trasplante hepático con el costo de 150.000 euros por paciente (Infosalus, 2013a).

Estas tesis merecen ser criticadas cuando existen datos que reflejan que el precio de mercado no refleja el verdadero coste real que supuso su I+D. Así, dos senadores de EE. UU. publicaron a finales de 2015 un informe donde dejaron en evidencia el precio abusivo del medicamento (Wyden y Grassley, 2015). Según datos contrastados, Gilead obtuvo el primer año 10.000 millones de dólares, cubriendo el primer mes el coste de I+D de 942 millones y casi el monto de la compra de Pharmasset.

En lo que respecta al coste de fabricación, también revelaron que una pastilla (de consumo diario) costaba tan solo 1 dólar (frente a los 1.000). Así, el coste de las 84 pastillas de para el tratamiento de 12 semanas era de 370 dólares (Lamata Cotanda *et al.*, 2017, p.55). Diferentes estudios realizaron una aproximación dando un coste de 101 dólares para un tratamiento de 12 semanas o en un rango entre los 62 y 134 dólares (Van de Ven *et al.*, 2014; Hill *et al.*, 2016). Una cantidad a la que si le sumáramos el coste de investigación (80 euros) y el coste de marketing (60-110 euros) tendría un coste final de 250/300 euros (Lamata Cotanda *et al.*, 2017, p.54).

3.3. El no acceso al Sovaldi

En consecuencia, los precios eran superiores al coste ya que se estableció como argumento que el Sovaldi casi negativiza en el 100% de los casos el virus del VHC. En cambio, tras el estallido financiero, no todos los Estados (como Reino Unido, Italia o el Estado español) se mostraron dispuestos a cubrir el coste para curar a su población enferma porque era momento de “cumplir con el déficit” entre 2013 y 2015. Un reflejo de la *exclusión farmacéutica* que vino precedida ya por los anteriores tratamientos.

Enfermos, enfermas y profesionales sanitarios denunciaron retrasos y demoras en la administración (De Benito, 2012; Ríos, 2012; Infosalus, 2012a). En octubre, por ejemplo, la Alianza General de Pacientes publicó el *Manifiesto del Paciente frente a los recortes sanitarios*. Al respecto, su entonces presidente, Alejandro Toledo, señalaba que “la vida de las personas y la salud deben ser lo primero por encima de intereses económicos” (Infosalus, 2012b). El debate entre salud y economía entró en escena.

En suma, Carmen Valera, una afectada por hepatitis C perteneciente a la Asociación Catalana de Pacientes Hepáticos (ASSCAT)⁶³ argumentaba que la negación de acceso era “únicamente *por motivos económicos*”, lo cual le indignaba porque después de estar pagando a la Seguridad Social tenía que esperar a tener una cirrosis, una situación más grave o un trasplante para poder ser tratada (Infosalus, 2012b).

Ante esta situación, la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH) hizo pública también su oposición y señalaba que en la web del Ministerio de Sanidad la hepatitis C no era considerada como “enfermedad transmisible”, cuando la OMS sí que lo reconocía (Infosalus, 2013b). Respecto a esta situación, el entonces presidente del FNETH, Antonio Bernal, señalaba:

El problema no es el precio, que socialmente puede parecer una aportación mínima, sino la filosofía de la medida. Si ahora se pide esta aportación, y se están restringiendo estos tratamientos, por razones económicas, ¿qué pasará cuando se diagnostique a los más de 400.000 afectados que aún desconocen que padecen la enfermedad? (Infosalus, 2013b)

Por volver al caso del Sovaldi, la comercialización en Europa fue admitida en enero de 2014⁶⁴. En cambio, gracias a la efectividad del fármaco, en el Estado español comenzó a administrarse como *uso compasivo* en noviembre de 2013⁶⁵ (respondiendo de este modo a lo recogido en el *RD 1015/2009* que permitía suministrar medicamentos todavía no autorizados a pacientes no incluidos en ensayos clínicos con la finalidad de dar respuesta a su situación extrema).

⁶³ Una asociación pionera en la preocupación por el estado de las personas con hepatitis C que previa a las distintas Plataformas, ya denunciaba y luchó por las necesidades de esta población.

⁶⁴ Frente a esta situación surgieron diferentes iniciativas en contra de su precio. Así, por ejemplo, por decisión de Francia, se propuso crear una plataforma europea específica para hacer frente al elevado precio del medicamento (precio que no varió demasiado en cuanto al contexto norteamericano), algo que Bruselas rechazó en julio de 2014. ABELLÁN, L. (15 de julio, 2014). La UE rechaza la iniciativa francesa para abaratar el fármaco contra la hepatitis C. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/sociedad/2014/07/15/actualidad/1405437719_727764.html

⁶⁵ Hay que señalar al respecto que estas fueron publicadas con anterioridad, pese a la fecha del 3 de enero de 2014 del documento de la AEMPS. AEMPS (2014b). *Programa de acceso mediante uso compasivo de los nuevos medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C crónica*. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios.

Las situaciones en las que debían de encontrarse las personas afectadas por hepatitis C para recibir este tratamiento eran estar

- 1) En lista de espera para trasplante hepático (documentada) y requieren tratamiento para prevenir la reinfección del injerto con el virus de la hepatitis C.
- 2) Trasplantados y que presentan una recurrencia agresiva de la infección que resulta en empeoramiento progresivo de la enfermedad hepática y presentan alto riesgo de descompensación o muerte dentro de los 12 meses siguientes si no reciben tratamiento.
- 3) Cirróticos (incluidos también aquellos trasplantados hepáticos) con riesgo inminente de descompensación hepática o muerte dentro de los 12 meses siguientes. (AEMPS, 2014b)

De este modo, los criterios fijados para su uso compasivo contemplaban dos grandes núcleos: estar en lista de espera de trasplante o estar extremadamente graves, al borde de la muerte. Por ello, tras recibir la noticia del nuevo medicamento en 2013, el resto de las y los enfermos seguían a la espera de aprobación y comercialización del fármaco en el Estado español. Y es que en sus propias palabras:

Se produce, pues, un momento de alegría esperanzada. Ya no tenemos que permanecer inevitablemente inermes, sabiendo que en nuestro cuerpo llevamos un virus que continúa de forma inexorable con su actividad de ir acabando progresivamente con nuestro hígado. Hay una alternativa que es altamente eficaz para acabar con él. Ya solo falta que ese medicamento comience a ser dispensado para que podamos, al fin, curarnos. Incluso, caso de que no nos curase, era, cuando menos, una oportunidad de intentarlo, de no continuar en una situación de pasividad frente al avance de la enfermedad como quien afronta una tragedia inexorable. El mero hecho de poder tratarnos era motivación más que suficiente para no permanecer pasivos. (Costas Bastero, 2018, p.178)

Posteriormente, el 1 de octubre de 2014 la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM) dio el visto bueno para que el Sovaldi entrara en financiación pública un mes después (Tovar, 2014). Se negoció con la farmacéutica de nombre bíblico un techo de gasto de 125 millones de euros. Pero, lo que a priori podría suponer una mayor accesibilidad, se volvió en un problema sobre todo para las situaciones más graves (en F4) ya que, ese tope de gasto solo llegaba a financiar a cerca de 5.000 personas (con el precio de 25.000 euros por un tratamiento de 12 meses). Una cifra alejada de las y los cirróticos graves avanzados que se estimaban que eran 35.000.

En las distintas CCAA se organizaron comités formados por directivos, farmacéuticos y médicos que tenían la función de determinar qué casos merecían tratamiento y cuáles no. Una decisión fijada por criterios estrictos determinados en el IPT del medicamento o el cumplimiento del techo de gasto acordado (Costas Bastero, 2018, p.182).

Tabla 10. Evolución de la comercialización y dispensación del Sovaldi

FECHA	ACONTECIMIENTO
5 de diciembre de 2013	Entrada en el mercado estadounidense tras el visto bueno de la FDA
3 de enero de 2014	Programa de acceso mediante uso compasivo de la AEMPS en el Estado español
16 de enero de 2014	Entrada en el mercado europeo tras el visto bueno de la EMA
1 de noviembre de 2014	Entrada en la financiación del sistema sanitario público español
1 de abril de 2015	Puesta en marcha del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C
8 de mayo de 2015	Inclusión del Sovaldi en la Lista de Medicamentos de la OMS

Fuente: elaboración propia.

Por centrarnos en el caso gallego, afectadas como Xulia y Rosa, que solicitaron el medicamento por uso compasivo, recibieron una respuesta negativa por parte del entonces director xeral de Asistencia Sanitaria, Félix Rubial Bernárdez. Y es que, la administración estableció unos criterios basados en la escala *Child-Pugh* (un modelo que pronostica la gravedad de la enfermedad) donde tanto Xulia como Rosa dieron 5 puntos, reflejando ese baremo un 100% de supervivencia al cabo de 1 año. Sin embargo, como citaba Xulia, por poner un ejemplo, su situación era verdaderamente severa:

Sí, eso era lo que decían las instrucciones del Ministerio de Sanidad pero en Galicia se pusieron restricciones más importantes [...] yo fui una cirrótica en alto riesgo de muerte, porque había tenido un infarto esplénico, porque había tenido varices esofágicas con sangrado digestivo y porque había tenido encefalitis hepática, es decir, ya lo que me quedaba era morirme, ya no me quedaba más. Yo sentía que tenía dentro de mí una bomba, reventaba, mí hígado no filtraba la sangre... creo que es fácil de entender: el hígado se endurece, no filtra, manda la sangre a sitios o a zonas que no están preparadas para soportar ese volumen de sangre y entonces los órganos internos revientan. (Xulia Alonso Díaz, 30 de enero de 2020)

De hecho, se contabilizaron tan solo 13 denegaciones (Pardo, 2017) y es que el resto de las solicitudes o no tuvieron respuesta o fueron aprobadas, pero no llegaron a tiempo (todo entre las fechas de noviembre de 2013 y el 1 de abril de 2015). Esta situación generó que otro de los entrevistados, Eugenio, aunque recibió la notificación de aprobación en febrero de 2014, se tuviera que someter a un segundo trasplante porque el medicamento tardó en llegar:

Sí, no me salía la palabra... por uso compasivo, pero no te lo dan en la farmacia y tal... y yo iba cada vez peor, yo iba del hospital para el cementerio, mi familia... además, amarillo, más seco [...] Pues oye, hicieron una reclamación a la Xunta y no me contestaron ni de coña. Y estaba tan mal el hígado que me dijeron “pues tenemos que trasplantarte otra vez”. ¡Joder! ¡otra vez! ¡me c**** dios!... pero yo tengo hepatitis y no te la quitan, “te vamos a trasplantar y te va a afectar igual, pero si no te vas para el otro lado”.

Bueno, pues, otro trasplante... un trasplante bien, pero... estuve dos meses en cuidados intensivos. Me quitaron el hígado y después me tuvieron abierto dos días porque no podían operarme, entonces me dejaron abierto para no cortar... dos días en la UCI, bueno... dos meses estuve allí. (Eugenio Leira Álvarez, 27 de febrero de 2020)

Una situación que fue más allá en casos como el de Isolina. Manuel García, su viudo, haciendo un auténtico ejemplo de memoria y protesta sobre lo ocurrido, dio la cara públicamente para contar lo sucedido. Por resumir, Isolina estaba diagnosticada desde 1997, pero no podía recibir los tratamientos señalados porque tanto la biterapia como la triterapia le producían anemia.

Estuvo a la espera hasta que en mayo de 2014 su doctora le comunicó sobre la existencia del Sovaldi. Tras confirmar que sí era compatible y confirmárselo en junio, la doctora solicitó el tratamiento a finales de primavera. En cambio, el tratamiento tardó en llegar y tras varias recaídas, en enero de 2015 pudo recibir el tratamiento. Pero ya era tarde, a las pocas semanas, el 10 de febrero, falleció con 72 años (Vizoso, 2016b). Manuel, un año después seguía afectado:

No consigo recuperarme. Si ella hubiese muerto de cáncer o de un accidente de tráfico llevaría la desgracia de otra manera. Pero pensar que había un tratamiento que posiblemente la hubiera salvado si se lo hubiesen dado desde el principio... con eso no puedo. (Vizoso, 2016b)

3.4. La Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C (PGAHC)

3.4.1. Aceptar y nombrar

Por iniciar este relato desde una línea cronológica, es necesario volver a incidir en la situación en la que se encontraban muchas y muchos afectados. Y es que tras el interferón, la biterapia o la triterapia, la intolerancia a estas y sus resultados insatisfactorios, los y las enfermas se encontraban a la espera de un nuevo tratamiento o incluso de la misma muerte. Y es que, cabe enfatizar, que las personas más graves confiaron en sus especialistas y aceptaron/interiorizaron que no les quedaba mucho tiempo.

Sin embargo, el anuncio de un nuevo medicamento “revolucionario” y “milagroso” por parte de sus especialistas (antes de la aprobación del EMA) les devolvió la esperanza. Y obviamente, nadie se esperaba lo que sucedió: la tardía aprobación por parte del Estado español y la no administración del Sovaldi durante un largo periodo de tiempo.

[...] fíjate tú, durante todos estos años, estamos hablando siempre de gente que sabe que tiene hepatitis C, que también sabe que no hay ningún tratamiento que la puedan curar, que saben que los tratamientos que hay son extremadamente agresivos y que va teniendo información acerca de los avances terapéuticos a través de su médico.

Jamás hubo ningún tipo de movilización, a pesar de que, por ejemplo, el tratamiento con Telaprevir también iba a una Comisión que valoraba si te lo daban o no te lo daban. [...] Nunca tuve la sensación de que esas comisiones fueran un obstáculo para mi salud. Yo no la tuve, y como yo seguramente nadie, entre otras cosas porque además hay una cuestión de confianza, que es básica, que tú tienes con tú médico.

[...][en relación a las denegaciones] todos lo vivimos con mucha angustia porque a pesar de que llevábamos mucho tiempo haciendo un ejercicio de aceptar que no nos quedaba mucho tiempo, el hecho que de repente te digan “no, que esto te va a curar” y que te pongan barreras... crea muchísima angustia. Todos lo vivimos con muchísima angustia que eso fue algo que nos unió. (Xulia Alonso Díaz, 30 de enero de 2020)

Con el nuevo medicamento generador de “nuevos paradigmas”, se despertó en las personas enfermas un atisbo de esperanza. No obstante, por los altos precios impuestos por la industria y la poca labor política de invertir en ellos, las personas en los estadios más graves que lo solicitaron por uso compasivo se quedaron sin recibirlas. Mientras que, en la población con fases inferiores que deseaban erradicar su “bicho”, esta oportunidad tampoco estaba a su alcance.

Dicho lo cual, muchas y muchos aceptaron (porque lo habían vivido en sus propias carnes) que la vida es fina y precaria y que ontológicamente todas y todos somos vulnerables (unas reflexiones que retomaremos en el apartado 6.2. *El marco del conflicto capital-vida*). Por ello, con el anuncio de nuevos tratamientos y siendo conscientes de esta situación, el camino fue optar por la movilización.

En septiembre de 2014 se constituyó en Madrid la primera y principal Plataforma de Afectados por la Hepatitis C (PLAFHC). En una de las primeras acciones, Belén Martín, mujer de Saturnino Cobo (enfermo en F4 que estaba a la espera de recibir el tratamiento), realizó una huelga de hambre en noviembre en el Hospital Ramón y Cajal (Madrid). Ante esta situación desde la PLAFHC añadían que “se tienen que dar cuenta que no somos cifras, no somos papeles, son Saturnino, Belén, Elsa... Muchos enfermos con familias que están sufriendo” (Europa Press, 2014a).

Menos de un mes después, la hasta entonces ministra de Sanidad, Ana Mato, dimitió por el caso Gürtel (Cué, 2014). Por otra parte, la PLAFHC volvió a concentrarse a las puertas del Ramón y Cajal para solicitar al nuevo ministro, Alfonso Alonso, una solución real. Belén encabezó dicha protesta donde se pudieron leer mensajes como “No son muertes, son asesinatos” o “Menos corrupción, más medicación” (Infosalud, 2014a, Europa Press, 2014b).

En cambio, antes de profundizar en las líneas estratégicas de denuncia y contrarrelato, en diciembre de 2014, volviendo la mirada a *terras galegas*, se constituyó la PGAHC con los mismos objetivos. Sobre las mismas fechas de 2014, Sole escuchó por televisión el relato de José Manuel Culebras, profesor murciano y enfermo de hepatitis C que recaudó más de 180.000 firmas en *Change.org* para que el Ministerio de Sanidad aprobara el Sovaldi.

Tras buscarlo por las redes sociales y conseguir contactar con él, éste le informó sobre Mario Cortés, que se encontraba en aquel momento constituyendo la plataforma de Madrid junto a sus compañeras y compañeros. Tras conseguir hablar con él, le comunicó a Sole sobre la oportunidad de constituir varias plataformas más allá de Madrid. Así, le puso en contacto con un amigo de Vigo y le facilitaron los contactos de aquellas y aquellos enfermos gallegos que también contactaron previamente con la PLAFHC.

Estas personas (donde se encontrarían Quique, Xulia o Concha) fueron invitadas a una reunión el 19 de diciembre de 2014 en el Hotel Junquera de Vigo. En ella comenzaron a formar lo que sería la estructura directiva de la PGAHC donde, en semanas posteriores, encontraron coordinadores y coordinadoras para las principales zonas divididas a lo largo de Galicia.

Al respecto, nos gustaría destacar lo especial que fue esta reunión para Concha, que en aquel entonces se encontraba con la moral muy baja y viajó de Vilagarcía de Arousa a Vigo llorando en el tren. Pero que, no obstante,

[...] Llegué allí y me encontré a Quique, a Xulia, ya me encontré a todos. Y yo aquel día, así como fui llorando me vine riendo, ¿por qué? porque estábamos todos en lo mismo, a mí la asociación me dio la vida, porque [se emociona] me tienes que perdonar, pero es que.... Me dio la vida por una sencilla razón, yo iba muy insegura y vi que ellos estaban igual que yo, y entre todos vi la esperanza, vi que podíamos hacer algo, vi que si me moría no iba a estar sola, y vi que cada uno contaba lo suyo y que todos teníamos lo nuestro, pero que todos podíamos ir por un camino. (M.^a Concepción Barreiro González, 3 de marzo de 2020)

Y es que en aquel entonces, Concha ocultaba su enfermedad porque esta, aparte de ser *silenciosa*, también fue silenciada por su mala fama (y los mitos que había, añadiría Sontag). Cuando conoció en Vigo a personas que compartían la misma afección, sin vergüenzas, tuvo un sentimiento dentro de ella que la obligó a decir que sí lo tenía, que ella tenía la misma fuerza del resto porque se sintió comprendida y arropada.

Por consiguiente, se comenzaron a organizar las primeras estrategias centradas en conseguir apoyos y tener visibilidad mediante puestos informativos en las entradas de los hospitales, entrega de hojas y panfletos informativos o recogida de firmas. Incluso el 23 de diciembre de 2014 enviaron al presidente de la Xunta una solicitud de encuentro para poder trasladarle “la realidad inhumana dolorosa a la que estaban sometidos y sometidas”.

El primer acto público se celebró el 5 de enero de 2015 en Santiago de Compostela. Formada por una carrera de relevos realizada por atletas solidarios, se llevó un testigo desde Vigo que contenía una carta para los Reyes Magos que se leyó y llevó simbólicamente al Belén instalado en la Praza do Obradoiro. En este momento se unieron miembros como José Manuel o Isabel que posteriormente participaron en la primera asamblea de la PGAHC.

Esta asamblea se organizó en el local Casa das Crechas cercano a la catedral. Y tal y como comentaban todos y todas las que asistieron, “fue de una intensidad emocional brutal”. Y es que, al no conocerse la mayoría, todas tuvieron que presentarse. Algo que en un comienzo se recomendó que se realizara de manera rápida y breve porque eran muchas personas, pero que no llegó a cumplirse.

Y, lo que comprobamos todos (que fue muy liberador para todos, yo creo), fue comprobar la carga de dolor que cargábamos sin compartirlo con nadie, en solitario, aunque esté tu familia y tengas un entorno afectivo potente [...]

Claro, allí, que no nos conocíamos de nada, pero teníamos mucho en común. Por ejemplo, cuando se nombraba la palabra “interferón” había un murmullo generalizado. Nadie tenía que dar explicaciones de nada porque todos sabíamos de lo que estábamos hablando. Y el hecho de estar en un entorno en el que tanta gente entendía el grado de sufrimiento al que nos había sometido ese tipo de tratamiento era tremendo. Entonces, claro, lo que hacíamos todos era llorar. Y entre lágrimas se habla más despacio y es muy difícil cortar a la gente... bueno, no lo hacíamos, de hecho. (Xulia Alonso Díaz, 30 de enero de 2020)

De hecho, gente como Isabel, que decidió no tratarse de los anteriores fármacos, vivió la experiencia de otro modo, aunque no la condicionó para no movilizarse:

[...] veía la gente muy hecha polvo, porque yo me miro al espejo y yo decía “yo me veo un poco mal”, pero lo que vi allí fue... o sea, como gente con cáncer, pero que no era cáncer: colores amarillos en aquella penumbra de aquel local...

Bueno, empiezo a escuchar historias y cada una era un drama. Y yo también tenía un drama que era que no quise tomar medicación y que estaba... no sabía que iba a pasar ¿no? Entonces bueno, aquello fue muy emocionante, yo salí hecha “polvo”, tengo que reconocerlo [...] pues aquello fue montándose [...] Entonces yo dije, bueno vale la pena abanderar a estos. (M.^a Isabel Paz Lamigueiro, 27 de febrero de 2020)

Después se dio comienzo a diferentes acciones como las concentraciones o recogida de firmas frente al Parlamento (en Santiago de Compostela) el 9 de enero de 2015. No obstante, la participación no fue amplia en todos los lugares. En zonas como Ourense (coordinada en un principio por Raúl y después junto a Olga), la cantidad de afectadas y afectados que se unió a la PGAHC no fue alta. Sus motivos se debieron al ya citado estigma, y es que muchas y muchos no querían salir públicamente, por eso, según Raúl, esta situación pudo ser a que “en los sitios más pequeños se vive más”.

Además, en lo que concierne a la visibilidad, también hubo gente que nunca fue visible por cuestiones de trabajo. Por ejemplo, porque trabajaban para la propia administración. Aun así, una gran cantidad apoyó a la PGAHC en la sombra y muchas y muchos dieron la cara porque precisamente las estrategias posteriores de la plataforma así lo requerían.

3.4.2. Denuncia y contrarrelato

A continuación nos centraremos en la culpabilización (la atribución de aquellos agravios conscientes a cierto individuo o entidad social) y la construcción del contrarrelato (el espacio para la experiencia subjetiva). Nos focalizaremos en las

estrategias de movilización posteriores para poder dar respuesta a quienes se dirigían las peticiones y cuál era el objetivo que buscaban desde la plataforma.

Por volver a comenzar por la PLAFHC de Madrid, unas semanas después de la segunda concentración en el Ramón y Cajal, la plataforma anunció que realizarían un encierro protesta en el Hospital 12 de Octubre de Madrid con el objetivo de solicitar medicamentos a las personas afectadas con cirrosis (Infosalus, 2014b). Medicamento que, recordamos, pudo haber negativizado a las personas más graves si se hubiesen destinado entre 1.300 y 1.500 millones de euros. Cifra significativamente mayor al techo de gasto de 125 millones establecido por el Gobierno (Infosalus, 2014d).

Según las estimaciones del entonces secretario general de Sanidad, Rubén Moreno, tan solo serían entre 5.000-7.000 las y los pacientes que recibirían tratamiento en 2015 (Infosalus, 2014e). Cifra inferior a la que el Grupo de Apoyo a los Enfermos de Hepatitis C (GAEHC) o la Asociación Española para el Estado del Hígado (AEEH) estimaban, ya que el número de pacientes que podrían encontrarse en esta situación era de entre 30.000 y 35.000 pacientes (Infosalus, 2014f; 2014g). Unos datos a los que se añade, que en el Estado español, en 2014, 4.000 muertes anuales se pudieron haber evitado (según la PLAFHC) si no se hubiese dado esta exclusión farmacéutica (Martín, 2015).

De manera ulterior, la PLAFHC anunció una cadena humana el 27 de diciembre para abrazar el Ministerio de Sanidad (Infosalus, 2014d). En suma, 2014 finalizó con la petición de las asociaciones y profesionales de un *Plan Nacional Estratégico* centrado en la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento, la accesibilidad y una correcta gestión informativa sobre la hepatitis C (Infosalus, 2014c; 2014f; 2014g).

Aun así, los encierros continuaron. Varias personas afectadas pasaron la noche vieja en el Hospital Provincial de Córdoba (Europa Press, 2014c); mientras que en el Hospital Josep Trueta (Girona) 40 enfermas y enfermos también se encerraron (Europa Press, 2015a). No obstante, en el Hospital Virgen del Camino de Iruñea (Nafarroa) no corrieron la misma suerte al impedirles el encierro (Europa Press, 2015b).

Con el objetivo de generar de una vez por todas cierta reacción del Gobierno, la PLAFHC convocó para el día 10 de enero una marcha a la Moncloa bajo el lema “Díselo al Gobierno: tratamientos para tod@s” (Infosalus, 2015a). Y parece ser que dicha protesta generó resultados cuando el entonces presidente, Mariano Rajoy, señaló que “ningún ciudadano español al que un médico le prescriba cualquier medicamento se va a quedar sin ellos [...] se lo garantizo” (Europa Press, 2015c).

Pocos días después, Alfonso Alonso anunció que acordaría con las CCAA para crear y aplicar un *Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis*. Un Plan que disponía ya de un Comité de expertos y expertos y estaba dirigido por el ya fallecido médico catalán Joan Rodés (Europa Press, 2015d). Las reacciones a esta noticia no tardaron en llegar y tanto las CCAA como las diferentes plataformas lo recibieron de manera positiva.

En cambio, según la PLAFHC, el Comité suponía un obstáculo porque tardarían tres semanas en preparar un borrador cuando lo importante era “poner el dinero encima de la mesa” y no dejar que muriera nadie más durante este transcurso de tiempo (Infosalus, 2015c). La FADSP también denunció un conflicto de intereses entre los expertos de dicho Comité y la Industria Farmacéutica. Por este motivo, los que solicitaron fue una investigación propia e independiente (Infosalus, 2015d).

Mientras que estas peticiones fueron omitidas, en el intervalo de la elaboración y publicación de dicho Plan Estratégico, Mercedes García, exdirectiva de Gilead, declaró que “actualmente hay muchos enfermos graves afectados por la hepatitis C porque no quisieron tratarse en su momento con los tratamientos que había” (Infosalus, 2015e).

Un gran error, que si recordamos lo visto en el apartado del tratamiento y sus efectos secundarios, no responde a la realidad. Y es que, incidimos, los tratamientos anteriores al Solvadi eran muy invasivos, menos eficaces y en algunas cuantas ocasiones estaban contraindicadas frente a otro tipo de patologías. Así, aunque Gilead se desvinculó inmediatamente, ya era tarde, la PLAFHC organizó una protesta frente a la sede de la compañía en Madrid (Infosalus, 2015e).

En lo que concierne al ámbito gallego, a diferencia de la PLAFHC u otras plataformas formadas en diferentes CCAA, la PGAHC optó por una estrategia distinta a los encierros. Y es que las afectadas y afectados no tenían posibilidades de mantener un encierro en un punto focalizado ya que se encontraban más dispersas y tenían menor posibilidad de hacer relevos. Por ello, se centraron en una estrategia que se fundamentó en las acciones mediáticas y la presión política. Una opción que causó discrepancias internas por el miedo sobre a dónde podían llevar estas acciones, pero de manera democrática y asamblearia se votó a favor de realizarlas.

Desde principios de enero se reunieron frente al Parlamento todos los días de pleno, aun sabiendo que sería difícil e insano ya que, además de lo agotador que podía ser el desplazamiento (porque no todos y todas vivían en Santiago de Compostela), tendrían que soportar el frío y la lluvia de invierno, un invierno gallego, del norte. El objetivo en este caso consistió en hacer ruido y conseguir su principal finalidad, el acceso a medicamentos lo más rápido posible, porque como mencionaban "no podíamos perder tiempo".

Por ejemplo, Fernanda y José nos relataban una de estas movilizaciones:

[...] estábamos, yo no sé de dónde nos salió la fuerza porque aún ahora mismo me lo pregunto de cómo teníamos la capacidad de estar en Santiago a las 9 de la mañana, lloviendo chuzos de punta, todos empapados que no nos podíamos meter en ningún sitio porque tampoco nos dejaban... Yo me acuerdo estar un día esperando a la de Farmacia que la intentamos esperar y tal, se metió por otro lado y todos allí en un cosito super pequeñito todos juntitos así, y tapándonos los unos a los otros muertos de frío... eso no se me va de la cabeza [...] (M.^a Fernanda Pardo Pérez, 8 de marzo de 2020)

Nosotros, como decía yo, o como digo, somos “los espartanos”. Hemos luchado contra esta gentuza... cuando fuimos a Santiago a la Delegación de Sanidad, a hablar con la Conselleira de Sanidade, era un día horroroso, agua, frío, todos allí, los 30 o 40 medio muertos, aguantando los chaparrones... y nos mandan a dos furgones de la policía, y yo cogí a un policía y le dije “oye, pero ¿todo esto es para nosotros? Con uno de vosotros solo, no con un furgón, con uno de vosotros solo, nos da una hostia y nos tira a todos, hijo”; “coño, pero cumplimos lo que nos mandan”, y claro, tiene razón allí. (José Lavandeira Iglesias, 6 de marzo de 2020)

A su vez, a finales de enero la plataforma reveló el correo electrónico de Félix Rubial, el entonces director xeral de Asistencia Sanitarias del Sergas, donde admitió el extravío de ocho expedientes del CHUS (Europa Press, 2015f). Una cuestión problemática ya que, coincidencia o no, uno de los expedientes pertenecía a un vecino de Santiago de Compostela en estado muy grave cuyo tratamiento fue aprobado.

De manera posterior, la PGAHC presentó una Proposición No de Ley (PNL) a todos los grupos del Parlamento gallego con el objetivo principal de suprimir la Subcomisión que decidía quién merecía tratamiento, queriendo dejar la decisión en manos de las y los médicos que, según su criterio, tomaban en consideración prescribir o no el tratamiento.

El 11 de febrero se debatió dicha PNL en el pleno del Parlamento donde las y los miembros de la PGAHC fueron invitadas a la tribuna por parte de los grupos de la oposición. El entonces presidente de la plataforma, Quique, nos comentó que estaba convencido de que dicha PNL saldría adelante porque el PP se abstendría. Sin embargo, las y los diputados de la Xunta del PP (que eran mayoría) votaron en contra y despertaron una "reacción de indignación brutal" (donde se escucharon gritos como "¡Asesinos, sinvergüenzas!") por la que las y los afectados fueron expulsados del Parlamento de donde salieron llorando y furiosos y furiosas (Europa Press, 2015g).

Imagen 2. Afectadas y afectados de la PGAHC saliendo de la tribuna tras su expulsión del Parlamento



Fuente: foto de Óscar Corral publicada en HUETE, C. (11 de febrero, 2015). Los enfermos de hepatitis C estallan contra el PP en el Parlamento. *elpaís.com*.

pública la composición de las y los miembros de la Subcomisión (Europa Press, 2015h). Y es que es necesario recordar, que aunque fuera y sea muy común la existencia de comisiones para valorar tratamientos, el secretismo por los nombres de quienes lo componían no lo era y por ello fue motivo de queja.

Como respuesta, la Xunta se negó a ofrecer los nombres, alegando que si los hacían públicos, estas y estos podrían ser presionados. Algo que resulta paradójico cuando las y los miembros fueron escogidos por representantes de la administración y no se hicieron públicos a la sociedad seguramente por determinados motivos.

Ante lo dicho, el plazo terminó y la PGAHC hizo públicos los nombres (Europa Press, 2015i). A la cabeza se encontrarían Félix Rubial (director xeral de Asistencia Sanitaria del Sergas) y Carolina González Criado (subdirectora xeral de Farmacia del Sergas). A los que se sumaron como integrantes: Juan Turnes (jefe del Servicio Digestivo del CHUAC), Ignacio Martín Granizo (médico del Servicio Digestivo del CHUVI), Santiago Torné Martínez (médico del Servicio de Medicina Interna del CHUS), Francisco Suárez López (médico del Servicio Digestivo del CHUAC), Ángeles Castro Iglesias (profesora titular de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña), Luis

Y es que cabe decir, que un día antes a estos hechos que salieron en la prensa y tuvieron un gran eco mediático (Imagen 2), Isolina, una de las afectadas de la plataforma, falleció por hepatitis C tras meses de espera del Sovaldi que llegó muy tarde para ella. Por este motivo, fueron unas fechas emotivas y esperanzadoras que terminaron por romperse con este sufragio negativo.

Tras la "derrota", por así decirlo, la PGAHC dio un plazo de 48 horas a la Consellería de Sanidade para que hiciera

Margusino (farmacéutico hospitalario del CHUAC) y Antonio Valcárcel Nogueira (del Servicio de Calidad y Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios y de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria).

Paradójicamente, entre estos nombres se encontraban los mismos especialistas que trataban a las enfermas y enfermos en los que habían confiado su espera. Por todo ello, fue común que muchas perdieran la confianza que tenían respecto a ellas y ellos:

[...] había digamos como una sensación de pérdida de confianza, que era relativa porque, en el fondo, los pacientes siempre intentan hacer un ejercicio de comprensión hacia su médico, necesitas confiar en tú médico. Pero en este momento determinado, los pacientes que tenían a sus médicos dentro de la comisión decían “bueno muy bien, tú eres mí médico, yo siempre he confiado en ti, no pongo en cuestión tus conocimientos como médico, pero ahora me estás denegando un tratamiento y esta decisión tuya en concreto no la comparto. Y como es mi vida la que está en juego, pues... no entiendo nada! Lo que quiero es que esa Subcomisión deje de funcionar como filtro a la hora de acceder a los medicamentos”. (Xulia Alonso Díaz, 30 de enero de 2020)

Como respuesta a la publicación de estos nombres, la Xunta acusó a la PGAHC "de todo", pero no tomó medidas legales y no llegó a negar que esos nombres fueran los correctos o no (de hecho, posteriormente serían llamados a declarar en calidad de testigos a la instrucción judicial en la que entraremos en análisis en el siguiente punto). Además, muchos quisieron dimitir según nos informaron desde la PGAHC, pero estas intenciones no se materializaron previsiblemente por presiones (en este caso, sí o sí, ajenas a las de la plataforma).

De este modo, la Subcomisión siguió con su labor hasta el 1 de abril de 2015, fecha en la que *el proyecto de Plan Estratégico* fue presentado por el Ministerio de Salud. Un proyecto que, sorprendentemente, defendía la desaparición de las comisiones de evaluación. Una contradicción respecto a lo acontecido en Galicia con la PNL por la que la PGAHC interpretó lo sucedido en el Parlamento gallego como innecesario.

Otra estrategia de presión política realizada entre los meses de febrero y marzo fueron las mociones en los ayuntamientos para respaldar el acceso a tratamientos de las y los afectados por la hepatitis C. Una decisión que sin grandes complicaciones salió adelante en casi todos los lugares, incluso en aquellos donde el mismo partido que gobernaba la Xunta tenía representación y mayoría.

Acto seguido, destaca la manifestación organizada en Santiago de Compostela (Imagen 3) el 1 de marzo donde se gritaron consignas como “Rajoy, presidente, nos condenas a muerte” o “Rocío Mosquera, dimisión por embustera” y se recorrió parte de la ciudad bajo la pancarta principal en la que se exigía “Medicamentos para tod@s” (Europa Press, 2015j). Un acontecimiento importante y emotivo por los apoyos recibidos por la sociedad, familiares y las y los propios afectados.

Esta fue la experiencia de Eugenio (recordemos, trasplantado dos veces del hígado):

A ver, a mí me llevaban, de conducir nada. Y me costaba trabajo claro, y el día de Santiago que estuvimos andando por allí, buf..., me costó, no estaba... no tenía fuerza ni nada... estaba en las últimas vamos, ¿verdad? La gente me decía “oye, quién te ha visto y quién te ve”, “Estabas en las últimas no contábamos contigo”. Y claro, ellos sí creían que íbamos a ser pacientes para siempre, esto es un tratamiento que te dan y tienes que estar... y resultó que curó... (Eugenio Leira Álvarez, 27 de febrero de 2020)

En una acción conjunta con la PLAFHC, también merece mención las recogidas de firmas que principalmente, a mediados de marzo, se realizaron en zonas como Verín, Culleredo, Ourense, el CHUAC, Vigo o el CHUS. Un proceso en el que recibieron el apoyo social aunque con pequeñas anécdotas de estigma y desconocimiento.

De hecho, aquí en A Coruña nos pusimos en los Cantones cogiendo firmas varios días, me parece que eran los miércoles, íbamos al CHUAC y nos poníamos a recoger firmas. Yo por ejemplo, recuerdo la primera vez que dije “pues un poco para que nos den la medicación”... claro, Calle Real de A Coruña, pijerío de la Coruña y yo escuché a la gente decir: “dejadme en paz, tenéis lo que os merecéis”. Esa frase me dejó... y dije “mira lo único que deseo es que nadie de tú familia lo tenga”. Nada más, no puedes decir nada más “¿y usted sabe lo qué es?”, luego además había gente que si se paraba y se prestaba a que le explicaras, porque era algo que también pretendíamos, con la firma al mismo tiempo: sensibilizar a la gente y visibilizar el problema. (Elena Rivas Vieites, 6 de marzo de 2020)

En último término, el 19 de marzo se presentaron 29.000 firmas en la Xunta para recordar a la administración sanitaria que desde la PGAHC estarían vigilantes para que ese Plan Nacional se cumpliera y que “llega[ba] más de 5.000 muertos tarde” (Europa Press, 2015k).

No obstante, el trabajo no terminó aquí y la información y la concienciación también fueron temas por las que la PGAHC se preocupó. Por ejemplo, como recordaba Elena (actual presidenta de la PAGHC), esto se realizó a través de charlas informativas en centros cívicos de los barrios de A Coruña en colaboración con SOS Sanidade Pública o la Asociación de Afectados del Hígado.

Imagen 3. La cabeza de la manifestación llegando a la escalinata de la Praza das Praterías



Fuente: redes sociales de la PGAHC.

3.4.3. Reclamación y reparación

Como tercer elemento de análisis socio-jurídico estaría la reparación o la reclamación: la expresión de petición de responsabilidad y remedio a aquella persona o entidad a la que se le atribuyen los daños. En este caso, el 13 de febrero de 2015 la PLAFHC de Madrid dio un salto cualitativo acudiendo a la vía jurídica con la unión o compilación de varios casos de homicidio y lesiones.

La plataforma presentó una querrela (ya anunciada el mes de diciembre) contra Ana Mato (exministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), Pilar Farjas (secretaria general de Sanidad y Consumo y presidenta de la AEMPS de 2011 a 2014), Belén Crespo (directora de la AEMPS desde 2010 a 2017), el representante legal de Gilead Sciences, S.L. y la propia farmacéutica (Infosalus, 2015f).

En esta reveladora querrela⁶⁶ se imputaron 2 delitos de homicidio y 37 lesiones, como también diferentes delitos de prevaricación administrativa y de alteración de precios. A las primeras tres personas se les imputaron los delitos de homicidio en modalidad de comisión por omisión con dolo (art.138 CP) y alternativamente, del tipo imprudente (art.142.1 CP); lo mismo para los casos donde la muerte no llegó, pero en grado de tentativa, siendo la alternativa un delito de lesiones (art.147 CP); incluyéndose a su vez un delito contra la integridad moral (art.173 CP). Alternativamente estos mismos delitos se imputaron a título de imprudencia, imputándose subsidiariamente un delito de omisión del deber de socorro (art.195 CP). Pilar y Belén fueron querelladas por un delito de prevaricación administrativa (art.404 CP) y Gilead y su representante legal por la comisión de un delito de alteración de precios (art.284.1 CP).

No obstante, el 29 de abril de 2015, la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo (el órgano vinculante por el estatus de aforada de la primera querellada⁶⁷) archivó dicha querrela alegando que los hechos “no presenta[ba]n las características propias de los delitos imputados” (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Auto de Resolución 20119/2015).

En estos términos, analizando las argumentaciones de la Sala, en sus razonamientos jurídicos citaron que se “carece de justificación alguna la apertura de un proceso penal para comprobar unos hechos que, de ser acreditados, en ningún modo serían constitutivos de delito”. Así, se adelanta la conclusión que señalaremos después y cita llana y claramente que los retrasos en la administración de medicamentos no son crímenes, no corresponden a materia penal.

Del mismo modo señalaron que

[...] a pesar de la posible apariencia delictiva inicial de los hechos que se imputan en la querrela, no se ofrezca en ésta ningún elemento o principio de prueba que avale razonablemente su realidad, limitándose el querellante a afirmar su existencia, sin ningún apoyo objetivo atinente a los propios hechos. (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Auto de Resolución 20119/2015).

⁶⁶ Y señalamos que es reveladora porque lejos de lo que puede ser un escrito jurídico, el texto realiza un recorrido cronológico, crítico y de reflexión sobre la problemática concreta. Una versión editorial puede encontrarse en: <https://ausaj.org/index.php/13/02/2015/querellavhc/>

⁶⁷ Ana Mato tenía la calidad de Diputada de las Cortes Generales de España, por ello, aparte de ser también Ministra las causas conta ella competían a la Sala de lo penal del Tribunal Supremo (art. 71.3, CE; art. 51.1.2, *Ley Orgánica del Poder Judicial*).

Es decir, los hechos de exclusión farmacéutica parecen tener una “apariencia delictiva inicial”, pero “en ningún modo serían constitutivos de delito”. Una contradicción que si añadiésemos la falta de pruebas que la propia Sala señala, refleja que aquello que venimos a llamar violencia estructural, daño social o injusticia estructural consiste en un problema invisible y sistémico donde resultada difícil (por no decir casi imposible) probar una relación causa-efecto.

Así, el Tribunal Supremo inadmite la querrela alegando que los hechos imputados a la aforada (incumplimiento del establecimiento del precio del medicamento, la dejación de funciones en cuestiones de patente, la no aplicación de las flexibilidades, etc.) “no representan las características propias de los delitos imputados”.

Como justificación, se alude a la situación de debilidad del derecho a la salud (citado ya en los apartados 1.1.5. *El derecho a la salud en la Constitución Española* y 1.1.6. *El derecho a la salud en el derecho internacional*). El sistema español, como el comunitario, no reconoce un derecho a la salud, sino una protección de la salud (art.43.1, CE; art.35, CDFUE) que, a su vez, tampoco tiene la calidad de derecho fundamental y que por tanto

[...] los poderes públicos no se obligan a la producción de un resultado que no está en su mano asegurar, sino que su obligación es una de las llamadas “obligaciones de medio”, de suerte que habrán de desplegar un conjunto de actividades tendentes y orientadas al mantenimiento, restablecimiento y mejora de la salud. (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Auto de Resolución 20119/2015)

Con esta consideración y respondiendo a los hechos imputados a la querrelada, respecto a los homicidios de 2 personas y las lesiones producidas en 37 personas, el Tribunal Superior recuerda que en la modalidad de comisión por omisión, el artículo 11 del CP⁶⁸ tipifica que este se materializa cuando se infringe un “especial deber jurídico del autor”. Es decir, cuando se incumple una obligación legal o contractual.

De los distintos hechos señalados, como la aplicación de flexibilidades que pudieron llevar a los homicidios y lesiones, la Sala dicta que “no concurre [...] un deber jurídico de actuar impuesto a la querrelada (y los querrelados en conjunto), que venga determinado por la ley o por un contrato, y tampoco se ha creado una situación previa de riesgo por aquella”.

A lo que se suma, en lo concerniente al incumplimiento de establecer el precio del Sovaldi y citar los artículos 89 y 90 de la *Ley 29/2006*⁶⁹ que “la actuación del Ministerio

⁶⁸ “Artículo 11. Los delitos que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber jurídico del autor, equivalga, según el sentido del texto de la ley, a su causación. A tal efecto se equipará la omisión a la acción:

- a) Cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar.
- b) Cuando el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente.”

JEFATURA DEL ESTADO (24 de noviembre 1995). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. BOEA-1995-25444. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

⁶⁹ “Artículo 89. *Procedimiento para la financiación pública*. 1. Para la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios será necesaria su inclusión en la prestación farmacéutica mediante la correspondiente resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de <<<

que decidió transcurrido un tiempo hasta que aprobó la financiación, puede ser considerada más o menos eficaz, pero no incumple ningún plazo especificado legalmente”.

Como resultado, reconociendo que en esta problemática no existen obligaciones positivas (o al menos, por parte de las y los querellados) y que aparentemente no existen mecanismos de deberes que antepongan las necesidades vitales, la Sala no entró a valorar si concurría el requisito de causalidad entre la aplicación del medicamento y la evasión de las muertes y lesiones.

Para concluir, lo más notable de este Auto de 8 páginas es que el TS defiende que el sistema de justicia penal tiene un carácter de *ultima ratio*, por estos motivos señaló que los retrasos de las administraciones públicas debían de ser arregladas por otras vías. De esta forma se reflejó que no existía el carácter delictual en estos hechos y que las muertes por inaccesibilidad tenían difícil cabida en el tratamiento penal.

Esta Sala es sensible a la inquietud y desasosiego que los afectados por el virus de la hepatitis C, así como sus familiares, están sufriendo, pero debe recordarse que el sistema de justicia penal en una sociedad democrática tiene una naturaleza excepcional y fragmentaria, de *ultima ratio*, respecto de las conductas que puedan considerarse como delictivas, las que quedan delimitadas por la tipicidad de las acciones que se definen como delitos en el Cpenal, por lo tanto ni el sistema de justicia penal, ni más concretamente el Cpenal, puede convertirse ni en un mero instrumento de política criminal ni en la primera respuesta ante decisiones por retrasos en la actuación gubernamental aunque sean temas tan sensibles como la salud de los ciudadanos, porque ello supondría vertebrar el Derecho Penal alrededor de las ideas de totalidad y omnicomprensibilidad y por tanto en primera ratio y no en la última, como ya dijo esta Sala en el auto de 28 de Julio del 2000, Causa Especial 1420/2000. (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Auto de Resolución 20119/2015)

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estableciendo las condiciones de financiación y precio en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

[...] La inclusión de medicamentos en la financiación del Sistema Nacional de Salud se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta criterios generales, objetivos y publicados y, concretamente, los siguientes:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados.
- b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.
- c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.
- d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud.
- e) Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.
- f) Grado de innovación del medicamento.”

“Artículo 90. *Fijación de precios*. [...] 3. En todo caso, los titulares de autorizaciones de comercialización de los mismos podrán comercializar los medicamentos que se dispensen en territorio español en régimen de precios notificados, entendiéndose por tal la comunicación del precio al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de modo que el departamento pueda objetar el mismo por razones de interés público.

4. Corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, fijar, de modo motivado y conforme a criterios objetivos, los precios de financiación del Sistema Nacional de Salud de medicamentos y productos sanitarios para los que sea necesaria la prescripción médica, que se dispensen en territorio español. Cuando estos mismos productos no resulten financiados, si son dispensados en territorio nacional operará lo establecido en el apartado 3.” JEFATURA DEL ESTADO (27 de julio, 2006). *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. BOE-A-2006-13554. Recuperado el 6 de septiembre de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>

En relación a estas declaraciones, como nos comentaba Quique, se demuestra que la batalla abierta por los y las afectadas tenía un respaldo social que obligó al TS introducir consideraciones de orden “compasivo-moral” en el Auto. Además, una de las excepcionalidades de la querrela, como decíamos, fue que unieron varios casos para poder reforzar los hechos. Una vía diferente a las vías judiciales individuales que sobre las mismas fechas también entraron en consideración.

En marzo de 2016 un juez de Bilbao rechazó abonar el precio del Sovaldi a un afectado que tuvo que comprarlo a finales de 2014 (Gorospe, 2016). Tal y como señala el recurso de suplicación, Santiago fue diagnosticado en 1992 y en septiembre de 2013 fue valorado: tenía el genotipo 1b con carga viral elevada y con 66,4 kPa en el Fibroscan, es decir, era compatible con la Fase 4, una fibrosis avanzada.

En marzo de 2014, Santiago acudió a Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) y le aconsejaron la triterapia con el Teleprevir o el Boceprevir. En aquel entonces no lo quiso, pero en junio volvió y decidió tratarse. En cambio, este tratamiento le fue contraindicado debido a los efectos secundarios del interferón y su patología psiquiátrica (Tribunal Superior de Justicia de Bilbao, Sala de lo Social, STC 1083/2016).

Ante esta situación, se interesó por el Sovaldi, tratamiento que se administraba gratuitamente solo en casos de uso compasivo. Desde Osakidetza llegaron al acuerdo que podían realizar el seguimiento del tratamiento siempre que él asumiera la “total responsabilidad” del mismo. Ante esta aprobación, él mismo terminó adquiriéndolo por 50.860 euros gracias a la concesión de un préstamo (Tribunal Superior de Justicia de Bilbao, Sala de lo Social, STC 1083/2016).

Y no sabemos qué hubiera ocurrido si hubiese esperado unos meses más ya que fue en 2015 cuando los problemas de suministro “se arreglaron”. El Tribunal se posicionó en este caso a favor de los criterios establecidos porque “no había riesgo vital” pese a que el paciente tenía cirrosis de grado máximo y su hígado pudo descompensarse en cualquier momento.

Tras lo señalado, cabe citar que en el caso gallego la decisión de ir a la vía judicial fue ajena a la propia estrategia de la PGAHC. Y es que fue el colectivo Batas Blancas (una asociación compuesta por profesionales relacionados con la medicina que conocían por experiencias personales la situación) quienes en marzo de 2015 denunciaron al Sergas frente a la Fiscalía del Tribunal Superior de Xustiza de Galicia (TSXG) por la muerte de varios pacientes a causa de las trabas burocráticas impuestas por la administración en el acceso al Sovaldi (Vizoso, 2016a).

Transcurridos unos meses, la Fiscalía admitió la denuncia y decidió presentarla en enero de 2016 (Europa Press, 2016a). Decisión que el 4 de febrero el juez Andrés Lago Louro (mismo juez instructor del caso Alvia), a cargo del Juzgado de Instrucción n.º 3, determinó investigar, declarando como investigados por prevaricación administrativa (ignorando el homicidio por imprudencia grave profesional) a dos altos cargos del Sergas: Félix Rubial y Carolina González (Europa Press, 2016b). Que recordemos, en el momento de los hechos ocupaban respetivamente los cargos de director xeral de Asistencia Sanitaria y subdirectora xeral de Farmacia del Sergas.

A diferencia del caso madrileño, este caso no se dirigió al TS, tuvo el visto bueno de la Fiscalía y entró en fase de instrucción en el Juzgado de Instrucción. Así, la querrela

de la Fiscalía incluyó ocho casos a los que el tratamiento llegó de manera tardía o no llegó y se posicionó afirmando que “se desprende que el retraso en las peticiones y suministro [...] obedecieron a razones de tipo presupuestario del SERGAS. Y no de contenido médico o clínico, posponiendo la toma de decisiones”. Posición contraria a la de la Xunta, donde el entonces conselleiro de Sanidade, Jesús Vázquez Almuiña, defendió que las personas investigadas actuaron por criterios clínicos e “hicieron el trabajo que tiene que hacerse” (Europa Press, 2016c; 2016e).

Entre los casos presentados en la querrela se incluyó, por ejemplo, el de un paciente del CHUS, Jesús, que solicitó tratamiento el 18 de marzo de 2014, pero no lo registraron hasta el 1 de julio. La administración se fue retrasando y tuvieron que modificar la petición inicial porque el medicamento ya había entrado en financiación pública. Al final su administración llegó para agosto, pero ya era tarde, su estado se había deteriorado y falleció el 3 de septiembre de 2014 (Europa Press, 2016d).

A él se le suma el caso de David que solicitó tratamiento de forma reiterada en mayo, septiembre, octubre y noviembre de 2014. Se lo pusieron a disposición el 19 de diciembre de 2014 cuando ya había fallecido. Otro tercer caso que los medios mencionaban era de una persona que estuvo a la espera de la autorización durante más de dos meses o uno cuarto donde un enfermo solicitó el tratamiento en diciembre de 2014, pero que todavía no constaba su recibo en su historia clínica. Casos a los que se añadió el de Isolina, ya citado en anteriores páginas (Europa Press, 2016d).

Tras lo dicho, el 28 de abril de 2016 la investigada y el investigado acudieron a declarar y señalaron que la Subcomisión no excluía a los pacientes, sino que priorizaban quién cumplía con el estado de gravedad contemplado en los requisitos (Europa Press, 2016f). El proceso de instrucción prosiguió con las diligencias y en junio de 2016 la PGAHC decidió ampliar su denuncia con 3 nuevos casos (incluido el del entrevistado Eugenio) y notificó que el 87% de las denegaciones de tratamiento ocurrieron entre noviembre y diciembre de 2014 (Europa Press, 2016h).

Acto seguido, el juez declaró la causa como compleja, aumentando de este modo el plazo de instrucción (Europa Press, 2016i). Mientras, las y los testigos siguieron declarando. En octubre, por ejemplo, fue el turno de la exdirectora de Procesos Asistenciales del CHUS, Ana Souto, que declaró que notificó a las investigadas de la urgencia de tres casos en una reunión el 20 de abril de 2014 (Europa Press, 2016j).

Sin embargo, toda esta investigación fue reiniciada porque desde el 2 de mayo de 2016 la Fiscalía y la PGAHC pidieron al juez que definiera si el supuesto de delito de homicidio por imprudencia profesional grave tenía cabida o no en el proceso, algo que volvieron a solicitar el 5 de septiembre (Europa Press, 2016g). Ante la petición, la Sección Sexta de la Audiencia Provincial terminó por estimarla parcialmente decidiendo investigar a las personas encausadas por delito de homicidio imprudente en 6 de los 8 casos iniciales (Europa Press, 2016k).

Tras conocer la noticia, desde la plataforma se pidió a Feijóo que depurara responsabilidades o que vinculara su futuro político al futuro procesal de la y el investigado (Europa Press, 2016l). Petición ignorada por la Xunta y en la que el propio Sergas, en voz de sus representantes, consideraba que esta nueva acusación no cambiaba la situación y que la investigada y el investigado hicieron lo que había que hacer (Europa Press, 2016m).

En febrero de 2017 las investigadas volvieron a ser llamadas a declarar (Europa Press, 2017a) y, de manera posterior, el juez solicitó al Sergas que identificara a las y los miembros de la Subcomisión y responsables de la compra de los fármacos para ser citados como testigos (Europa Press, 2017c). Los posteriores meses, estas personas pasaron por el juzgado y se adhirieron a la versión del Sergas que negaba los criterios económicos en la toma de decisiones, aunque una o un integrante afirmó que en las reuniones se habló sobre el alto precio de los fármacos (Europa Press, 2017f).

Por su parte, en febrero de 2018 se citó a declarar a las y los familiares de las personas fallecidas y también a dos personas que no fallecieron, pero que recibieron los tratamientos de manera tardía (Europa Press, 2018a). Mismas fechas en las que el juez ofreció a las y los familiares que se adhirieran en calidad de perjudicadas y perjudicados (Europa Press, 2018b) o donde también, coincidió con la noticia pública de que Carolina González Criado, una de las investigadas, dejó la administración autonómica para asumir un puesto en el Ministerio de Sanidad (Europa Press, 2018c; 2018d).

Tras el verano de 2018, donde declararon especialistas y afirmaron el silencio ante a las solicitudes, el caso estuvo a la espera de un informe pericial del Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA) donde se señalaría o no si los fallecimientos y los retrasos tenían vinculación. Algo que terminó por decidirse más de un año después cuando el 8 de octubre el informe entró en el juzgado y el juez, el 25 de noviembre de 2019, lo presentó en un Auto con el que daba por archivado el caso (Europa Press, 2019a).

Profundizando en él, en este Auto 14/2019 del Juzgado de Instrucción Sección Tercera de Santiago de Compostela, el juez decidió sobreestimar y archivar el caso porque “no resulta debidamente justificada la perpetración de los delitos que han motivado la incoación de las presentes”. Una decisión concordante con la del Tribunal Superior donde acto seguido se dirigió a justificar sus razonamientos mediante el análisis de los distintos tipos delictivos denunciados: la prevaricación (art.404, CP) y el delito de homicidio por imprudencia profesional grave (art.142.1, CP).

En el primero de los casos, tras señalar el contenido del artículo 404 del CP⁷⁰, Lago Louro llegó a la conclusión que “ninguno de los investigados ostentaba competencia alguna respecto de la contratación de los medicamentos [...] y menos aún para decidir la administración de tales medicamentos a los pacientes”. De esta manera, alegando que no tenían competencias, profundizó en que

[...] las imputaciones que frente a ellos se han realizado en la denuncia de haber incumplido "la legalidad tanto presupuestaria como en materia de contratación al no realizar una retención de crédito para atender la necesidad de gasto..." y de que "tramitaron con retraso injustificado, dilatando la toma de decisiones y la puesta en marcha de los mecanismos de contratación y financiación de la compra de medicación..." carece de sustento inculpatario alguno desde el momento en que se está atribuyendo a los investigados, en su condición de funcionarios públicos, el incumplimiento doloso e intencionado de obligaciones o deberes que legalmente no les competen. (Juzgado de Instrucción n.º3 de Santiago de Compostela, Auto 14/2019)

⁷⁰ “Artículo 404. A la autoridad o funcionario público que, a sabiendas de su injusticia, dictare una resolución arbitraria en un asunto administrativo se le castigará con la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público y para el ejercicio del derecho de sufragio pasivo por tiempo de nueve a quince años.”

De manera poco sorprendente, analizando después las competencias de cada cargo (la de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria que se encuentra en el artículo 9 del *Decreto 43/2013* y la del cargo subdirectora xeral de Farmacia recogido en el artículo 13), vuelve a señalarse que el investigado y la investigada no tenían deberes ni obligaciones respecto a la compra y la dispensación del Sovaldi. Una conclusión que también concuerda con los motivos utilizados por el Tribunal Supremo a la hora de desestimar la imputación del delito de homicidio por comisión por omisión (art. 138, CP):

[...] conviene recordar en primer lugar que el artículo 43 de la Constitución no reconoce propiamente un derecho a la salud sino un derecho a la protección de la salud, lo cual es lógico pues, más que ante un derecho fundamental de inmediata exigencia, nos hallamos, como bien ha puntualizado el TS, ante una "obligación de medio" que conmina a los poderes públicos a diseñar, planificar y orientar toda su actuación en orden a tratar de llevar a cabo toda una serie de actividades que tengan por fin principal el mantenimiento, restablecimiento y la mejora de las salud de los ciudadanos, sin que ello comporte una obligación de que tal resultado sea siempre logrado, pues es obvio que tal objetivo no siempre puede alcanzarse. En definitiva, nos hallamos ante una "obligación de medio", no de "resultado". (Juzgado de Instrucción n.º3 de Santiago de Compostela, Auto 14/2019)

En estos términos, descartando el delito de homicidio por imprudencia profesional grave (art.142.1), puesto que ninguna de las dos investigadas atendía "profesionalmente" a las y los pacientes, los siguientes razonamientos se detienen a analizar: 1) en la demora injustificada en la toma de decisiones; y 2) esta vez sí, en la relación de causalidad entre los retrasos y los fallecimientos.

- 1) *La demora injustificada en la toma de decisiones*: con el fin de averiguar si existieron demoras, el Auto se detiene en cada caso y calcula el tiempo entre las solicitudes del tratamiento de las y los pacientes y la aprobación o respuesta dada por la Comisión que debía de aprobarlos.

Omitiremos las características de cada caso ya que entraríamos en una maraña burocrática y administrativa, sin embargo, el Auto llega a la conclusión que la Comisión no se demoró más de uno o dos meses. Por tanto, concluyeron que "no podemos decir que concurran en este caso una demora o dilación intencionada o negligente en la aplicación del Protocolo sanitario diseñado para decidir si el antiviral referido estaba o no indicado respecto de los pacientes fallecidos".

En lo que respecta a los tres nuevos casos que la PGAHC quiso incluir el 12 de julio de 2016, el mismo escrito señala que "en los tres pacientes aludidos, se tardó menos de un mes en resolver la solicitud presentada". Sin embargo, en ningún momento se establece cuándo recibieron esas y esos pacientes el medicamento aprobado. Recordemos el caso de Eugenio, que tuvo que someterse a un segundo trasplante porque el Sovaldi no llegaba.

De este modo, como injusticia estructural no podemos olvidar que son distintos actores los que alimentan el sistema que termina formando este tipo de exclusión. Además, encontrar a los o las verdaderas "culpables" suele ser una tarea complicada y difícil. No en vano, volvemos a incidir en que es un hecho que entre la aprobación de la Comisión y el acceso y el suministro personal del medicamento paso un largo tiempo en muchos de los casos.

2) *La causalidad entre los retrasos y los fallecimientos*: ante lo dicho, el juez se limita a señalar que

[...] no es posible que hagamos responsables de las muertes de estos pacientes a dos personas que carecen de competencia en la materia pues la decisión de suministrar o no los nuevos fármacos a los citados pacientes se sustenta exclusivamente en criterios médicos que ninguno de los investigados puede alterar al carecer no solo de los conocimientos necesarios sino también de las competencias oportunas [...] (Juzgado de Instrucción n.º3 de Santiago de Compostela, Auto 14/2019)

Para justificar esta posición se acude al informe pericial del IMELGA donde, entre sus argumentos destaca la siguiente frase (utilizada en múltiples ocasiones): “el cuadro clínico de esta paciente era tan grave que la administración del tratamiento [...] unos meses antes de su administración, no hubiesen podido evitar el resultado final que tuvo”.

Una posición que nosotros y nosotras en un principio no vamos a poner en cuestión pero que, por ejemplo, recordemos el caso de Isolina: tardaron más de 7 meses en suministrarle el tratamiento. La duda siempre estará allí, ¿si su cuadro clínico era tan grave, por qué tardaron tanto? (lógicamente, este tratamiento no aseguraba una cura al 100%, pero la cuestión queda en el aire).

En síntesis, el juez decretó el sobreseimiento provisional de la causa con una posición más personal que jurídica: “el fallecimiento sobrevino por causas ajenas a su pretendida demora, omisión o dilación en la tramitación de las peticiones o solicitudes de aplicación de los nuevos fármacos tantas veces aludidos a lo largo de la presente resolución”. Frase que seguidamente fue acompañada con el mismo párrafo final que el Tribunal Supremo dio en su Archivo mencionando la sensibilidad del Juzgado ante la situación de las y los enfermos y la afirmación de que, en calidad de *ultima ratio*, el derecho penal no debía de ocuparse de cuestiones relacionadas al no acceso a medicamentos esenciales.

Ante lo dicho, la Fiscalía y la PGAHC decidieron recurrir ante el juzgado instructor el archivo de las actuaciones en diciembre de 2019 (Europa Press, 2019b). Los motivos principales por parte del Ministerio Público eran que la actuación de los investigados no correspondía a ser valorado hasta el juicio oral y que el juez instructor no tenía ese cometido.

Mismo posicionamiento al que se sumó Pedro Trepal, abogado de la PGAHC, añadiendo que existían indicios más que suficientes para sospechar que los retrasos fueron por motivos presupuestarios y que por ello en fase de instrucción con eso bastaba, siendo innecesarias las pruebas. En cambio, tras la reafirmación del juez, esto es, la desestimación del recurso de reforma el 9 de enero de 2020, esta fue apelada por las dos partes demandantes a la Audiencia Provincial de A Coruña en enero de 2020 (Europa Press, 2020a).

Tras un año convulso y con la justicia prácticamente parada, la Audiencia terminó por desestimar los recursos en diciembre de 2020. Para ello, incidieron en que no había vínculo de causalidad entre los resultados y la actuación de los investigados. Es decir, no tenían *responsabilidad directa* por sus cargos (Audiencia Provincial de A Coruña, Auto 00363/2020, 2020). Una noticia que la PGAHC se tomó con frustración, recordando que en el escrito de desestimación en ningún momento se negaron las demoras ni las razones de índole económica.

Por todo ello, cabe añadir, con las propias palabras de las y los entrevistados, que el objetivo final en este caso no se centró en “meter a alguien a la cárcel”, sino en un *reconocimiento* por parte de los involucrados (o la administración) de que las cosas no se hicieron bien y que por ello murió gente. Como Olga añadía, que la sociedad se enterara de lo que pasó con su enfermedad porque es lo mismo que está ocurriendo y ocurrirá con otras enfermedades.

Nosotros desde siempre, desde la Plataforma siempre hemos dicho que para nosotros el objetivo final no es meter a nadie en la cárcel, meter en la cárcel no va a devolver la vida a nadie, ni va a resolver el dolor que padecían los familiares de las víctimas, eso es irremediable. Nuestro objetivo es que se abra Juicio oral para que se conozca socialmente la verdad de cómo se hicieron las cosas y de lo que aconteció realmente, más allá del reproche penal que puede haber. [...] Entonces, no se trata de una venganza, no se trata de meter a nadie en la cárcel, no se trata de sentirse “resarcidos”. Se trata de una reparación a través del conflicto de la verdad [...] (Quique Costas Bastero, 11 de febrero de 2020)

Tabla 11. Crónica judicial del caso gallego

Enero, 2015	<p>La PGAFHC visita el Parlamento Galego y denuncia que desde la aprobación del Sovaldi solo 500 pacientes han sido tratadas y tratados. (Infosalus, 2015b)</p> <p>La PGAHC anuncia acciones legales tras la muerte de un paciente de 53 años y vecino de Cangas do Morrazo (Pontevedra). (Europa Press, 2015e)</p>
Febrero, 2015	<p>Miembros de la PGAHC son expulsados del Parlamento Gallego por recriminar y gritar “¡Asesinos, sinvergüenzas!” a las y los parlamentarios del PP que votaron en contra de una propuesta para reclamar que el acceso al medicamento se regule por criterios médicos. (Europa Press, 2015g)</p> <p>Tras la expulsión, la PGAHC anuncia un plazo de 48 horas para que Sanidade haga pública la composición de los miembros del subcomité encargado de decidir quién merece el tratamiento y quién no. (Europa Press, 2015h)</p> <p>Ante la negativa de la Conselleira de Sanidade (Rocio Mosquera), la PGAHC desvela los nombres de los miembros de la Subcomisión. (Europa Press, 2015i)</p>
Marzo, 2015	<p>Manifestación en Santiago de Compostela. (Europa Press, 2015j)</p> <p>El colectivo Batas Blancas presenta una denuncia ante la Fiscalía del TSXG donde vinculan la muerte de varios pacientes con hepatitis C con las “trabas burocráticas” impuestas por el Sergas para acceder al tratamiento. (Vizoso, 2016a)</p>
Enero, 2016	<p>La Fiscalía decide presentar la denuncia contra el Sergas. La PGAHC se muestra dispuesta a personarse en la causa como acusación. (Europa Press, 2016a)</p>
Abril, 2016	<p>El Juzgado de Instrucción n.º3 de Santiago de Compostela cita a declarar para el 28 de abril en calidad de investigados a dos altos cargos del Sergas (Félix Rubial y Carolina González Criado) por un supuesto delito de prevaricación administrativa. (Europa Press, 2016b)</p> <p>Jesús Vázquez Almuiña, nuevo conselleiro de Sanidade, defiende a los investigados y señala que la Xunta actuó por “criterios clínicos” y no presupuestarios: “hicieron el trabajo que tiene que hacerse”. (Europa Press, 2016c; 2016e)</p> <p>La querrela de la Fiscalía incluye 8 casos donde se tramitaron con retraso injustificado los tratamientos dilatando la toma de decisiones y la puesta en marcha de los mecanismos de contratación y financiación. (Europa Press, 2016d)</p> <p>Los investigados acuden a declarar y señalan que la Subcomisión para controlar la dispensación de los costosos fármacos no excluía a pacientes a los que su médico había recetado el Sovaldi, sino que priorizaba a afectados que con cuyo grave estado cumplían ciertos requisitos. (Europa Press, 2016f)</p>
Mayo, 2016	<p>La Fiscalía y la PGAHC piden al juez que defina si se investiga el supuesto delito de homicidio por imprudencia personal grave. (Europa Press, 2016g)</p>
Junio, 2016	<p>La PGAHC señala que el 87% de las denegaciones de tratamiento fueron entre noviembre y diciembre de 2014. A su vez, amplían la denuncia con 3 nuevos casos y señala al juez que cite a otros cargos al que los investigados responsabilizaron. (Europa Press, 2016h)</p> <p>El juez Andrés Lago Louro declara como compleja la causa. (Europa Press, 2016i)</p>

Octubre, 2016	Declara como testigo la exdirectora de Procesos Asistenciales del CHUS, Ana Souto. Menciona que señaló personalmente a los investigados de la urgencia de tres casos en una reunión del 20 de abril de 2014. (Europa Press, 2016j)
Diciembre, 2016	La Audiencia Provincial de A Coruña estima parcialmente el recurso de la Fiscalía (y la PGAHC) y decide investigar a las personas encausadas por delito de homicidio en 6 de los 8 casos presentados. (Europa Press, 2016k) La PGAHC pide a Feijóo que “depure responsabilidades” o que “vincule su futuro político al futuro procesal de los investigados”. (Europa Press, 2016l) Desde el Sergas se considera que esta noticia no cambia la situación y siguen defendiendo a los investigados. (Europa Press, 2016m)
Febrero, 2017	Citan a declarar a los altos cargos del Sergas como investigados por un supuesto delito de homicidio. (Europa Press, 2017a) Uno de los investigados, Félix Rubial, señala que el Sergas actuó de forma diligente y que no hubo ningún tipo de dilación con el suministro. (Europa Press, 2017b)
Marzo, 2017	Lago Louro pide al Sergas que identifique a los miembros de la subcomisión y también a los responsables de las compras de los fármacos para que sean llamados como testigos. (Europa Press, 2017c)
Abril, 2017	Un miembro de la Subcomisión (Santiago Torné Martínez) y dos gestores del CHUS y el CHUAC (María José López Repollo y Emilio Camino Fernández) declaran en calidad de testigos y se adhieren a la versión del Sergas. (Europa Press, 2017d)
Junio, 2017	Citan como testigos las jefas de Farmacia del CHUS (María Luisa Lamas Díaz) y del CHUAC (María Isabel Martín Herranz) (Europa Press, 2017e)
Septiembre, 2017	Declaran miembros de la Subcomisión de la hepatitis C y niegan criterios económicos, aunque un integrante afirma que en las reuniones se habló sobre el alto precio de los fármacos. (Europa Press, 2017f)
Noviembre, 2017	Lago Louro cita a declarar para el 29 y 30 de noviembre a nuevos testigos. El día 29 terminan declarando Ramon Ares (que sustituyó a Félix Rubial en Asistencia Sanitaria), una doctora del CHUAC y el jefe de Servicio del Sergas que actuaba como Secretario de la Subcomisión. Estos se desvinculan de la toma de decisiones (Europa Press, 2017g; 2017h) El día 30 estaba prevista la declaración de Evaristo Varo (jefe del Servicio de Trasplante Abdominal del CHUS e integrante de la Asociación Batas Blancas), pero no acude. Aun así, dos médicos declaran retrasos a causa de trabas y criterios arbitrarios. (Europa Press, 2017i)
Febrero, 2018	Lago Louro cita a declarar a familiares de fallecidos y también a dos personas que no fallecieron pero que recibieron los tratamientos de manera tardía y ofrece a familiares de las víctimas que se adhieran en calidad de perjudicados. (Europa Press, 2018a; 2018b) La PGAHC muestra su indignación cuando se hace público que Carolina González Criado, una de las investigadas, deja la administración autonómica para asumir un nuevo cometido en el Ministerio de Sanidad. (Europa Press, 2018c; 2018d)
Julio, 2018	Evaristo Varo declara y señala que no se contestaban a las peticiones para suministrar el medicamento. Unos días después declara también Alejandra Otero, médico de la Unidad de Trasplante Hepático del CHUAC. (Europa Press, 2018e) Desde entonces, el caso siguió en proceso de instrucción. A la espera de un Informe pericial del Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA) donde se señale si los fallecimientos y los retrasos tienen vinculación o no.
Noviembre, 2019	Archivan la causa contra los altos cargos del Sergas investigados por la muerte de pacientes con hepatitis C alegando que el fallecimiento de los pacientes no puede ser imputable causalmente a los investigados (Europa Press, 2019a)
Diciembre, 2019	La Fiscalía y la PGAHC recurren el archivo de las actuaciones frente al juzgado instructor (Europa Press, 2019b)
Enero, 2020	La Fiscalía y la PGAHC recurren ante la Audiencia Provincial de A Coruña tras la desestimación del recurso de reforma por parte de Lago Louro (Europa Press, 2020a)
Diciembre, 2020	La Audiencia Provincial de A Coruña decide desestimar los recursos de apelación (Huet, 2020)

Fuente: elaboración propia.

3.4.4. Resistencia, emancipación y aprendizaje

Por recapitular, la unión realizada con la óptica socio-jurídica (Felstiner, Abel y Sarat, 1980) y la *constelación ensayística de la vulnerabilidad* (Jornet Somoza, 2017), los tres elementos que hemos aplicado al caso han sido: 1) *nombrar y aceptar* que una situación es perjudicial; 2) *la denuncia/culpabilización* atribuyendo los efectos dañinos a un individuo o entidad y la *construcción de un contrarrelato* desde la experiencia subjetiva; y 3) *la reclamación* o exigencia de *reparación* a la persona o entidad culpabilizada.

Sin embargo, yendo mucho más allá de la definición común que interpreta la “víctima” como una persona o grupo sufriente y con un rol pasivo (signo de la pedagogía de la sumisión) que se queja y pide reparación, creemos que es conveniente ampliar esta visión. Las víctimas, o en este sentido (siguiendo el nombre de la PGAHC) *las personas afectadas*, deben trascender de la idea de cuerpo sufriente a una proyecto cuerpo-idea donde se pueda seguir el camino de la *resistencia* y la *emancipación* (Arias Marín, 2012). Es decir, proponen y proyectan acontecimientos de emancipación, situaciones de exigencia de reconocimiento y la instauración de garantías para que el daño ocurrido no vuelva a suceder.

En este aspecto, nos limitaremos a identificar los acontecimientos y la evolución de PGAHC tras la regulación del ya citado Plan Estratégico el 1 de abril de 2015. Y es que, tras la noticia en enero de la elaboración del Plan, Sanidad avanzó en febrero que pretendían ampliar los nuevos medicamentos a pacientes con cirrosis menos avanzadas, incluyéndose a las y los F2, F3 y F4 (Infosalus, 2015g).

En febrero el borrador fue publicado (MSSI, 2015), pero según la Organización Médica Colegial el precio seguía siendo desproporcionado (en torno a 25.000 euros por tratamiento) lo cual, podría comprometer al SNS y a las CCAA ya que el Gobierno no se hacía responsable directo del pago (Infosalus, 2015h). Incluso la propia patronal de la Industria Farmacéutica, Farmaindustria, señalaba que se había conseguido abaratar el tratamiento de 52.000 pacientes de los 3.000 millones de euros iniciales a los 727 millones (cifra que equivaldría al costo de 40 kilómetros de AVE) (Infosalus, 2015i).

Como consecuencia, la financiación pública del Sovaldi trajo un aumento considerable del gasto farmacéutico hospitalario del SNS. Las CCAA tuvieron que hacer frente a un 25% más de factura a causa de los altos precios de dichos fármacos (Infosalus, 2016). Aun así, no fue hasta finales de 2015 cuando el Consejo de ministros y ministras aprobó la partida de 1.000 millones para formalizar los préstamos a las CCAA, algo que, según la PLAFHC, generó que en todas las comunidades el tratamiento no se administrara en las mismas condiciones (Infosalus, 2016b). Según datos de Hacienda, en 2015 el gasto farmacéutico total fue de 6.668,45 millones de euros, de los cuales 1.248,73 (un 18,72%) fueron destinados a los fármacos para combatir la hepatitis C (Lamata Cotanda *et al.*, 2017, p.262)⁷¹. Como podemos comprobar, este es otro ejemplo de exclusión farmacéutica que se dio en este caso.

⁷¹ Finalmente, parece que las y los afectados consiguieron con éxito otra de sus reclamaciones. Sanidad anunció en junio de 2017 que se comprometerían a ampliar el Plan a las personas afectadas que quedaban (F0 y F1) y pondrían un nuevo presupuesto de 200 millones, cifra inferior a los dos años anteriores (1000 en 2015 y 600 en 2014) porque el coste de los medicamentos había bajado. INFOSALUS (21 de junio, 2017). Sanidad se compromete a ampliar el Plan Nacional de la Hepatitis C para atender a todos los pacientes. *infosalus.com*. <<<

En abril el Plan comenzó a ser efectivo y aquellas y aquellos pacientes más graves comenzaron a recibir el tratamiento (incluidos e incluidas muchas personas de la PGAHC). Un medicamento que en pocas semanas fue llegando a cuentagotas a las y los afectados y los negativizó.

Los meses siguientes muchas personas abandonaron la PGAHC por diferentes motivos como el cansancio generado por la movilización, la “libertad” de vivir sin el “bicho” o alejarse de aquello que les traía malos recuerdos. No obstante, como nos señalaba Elena, un buen grupo de personas decidió seguir movilizada porque consideraban que tenían una *obligación moral* ya que el tratamiento no llegó a toda la población. Además, el tema judicial justificó que la existencia del PGAHC continuara.

Por ejemplo, Elena señalaba el caso del cribado. Y es que en 2019 se estimaba que entre 50.000 y 70.000 personas podrían tener hepatitis C, pero lo desconocían por no estar diagnosticadas (Infosalus, 2019a). En caso de aplicar una estrategia de cribado adecuada, se estimaba que el Estado español podría erradicar la enfermedad en 2024, siendo el segundo país del mundo tras Islandia (Infosalus, 2019b; 2019c).

Por esta razón, la PGAHC continuó la labor de informar a la población a través de charlas, mesas redondas o intervenciones sobre la enfermedad, los tratamientos y las experiencias vividas en la garantía del derecho al acceso a medicamentos (Tabla 12). Entre estas destaca la acción efectuada con la población reclusa de Galicia. A petición de los propios reclusos del Centro Penitenciario de Pereiro, la Cruz Roja de Ourense (como nos contó Olga) solicitó a la PGAHC su colaboración y ayuda.

Tabla 12. Muestra de las acciones de la PGAHC posteriores al Plan Estratégico

Abril, 2015	1 de abril, intervención en Ferrol “A loita dos dereitos sanitarios dos enfermos de hepátite C”
	10 de abril, participación de la PGAHC en la feria del Paseo de Saúde en Ourense
	23 de abril, mesa redonda en Ferrol “Hepátite C: Unha enfermidade silenciosa, um tratamento vital”
Junio, 2015	18 de junio, en el Salón de Plenos del Concello de Cangas “coñecer a hepátite C”
Julio, 2015	27 de julio, salón de actos de Cruz Roja Ourense “Charla informativa: Hepatitis C: prevención, tratamiento y situación actual”
	27 de julio, charla informativa en el Centro Penitenciario de Pereiro
Agosto, 2015	27 de agosto, carta a la Valedora do Pobo sobre la situación de los reclusos
Septiembre, 2015	15 de septiembre, acuse de recibo de la Valedora do Pobo
	30 de septiembre, concentración frente al Parlamento por la situación de los presos
Enero, 2016	27 de enero, el Parlamento de Galicia vota por unanimidad la PNL sobre el tratamiento a la población reclusa

Fuente: elaboración propia.

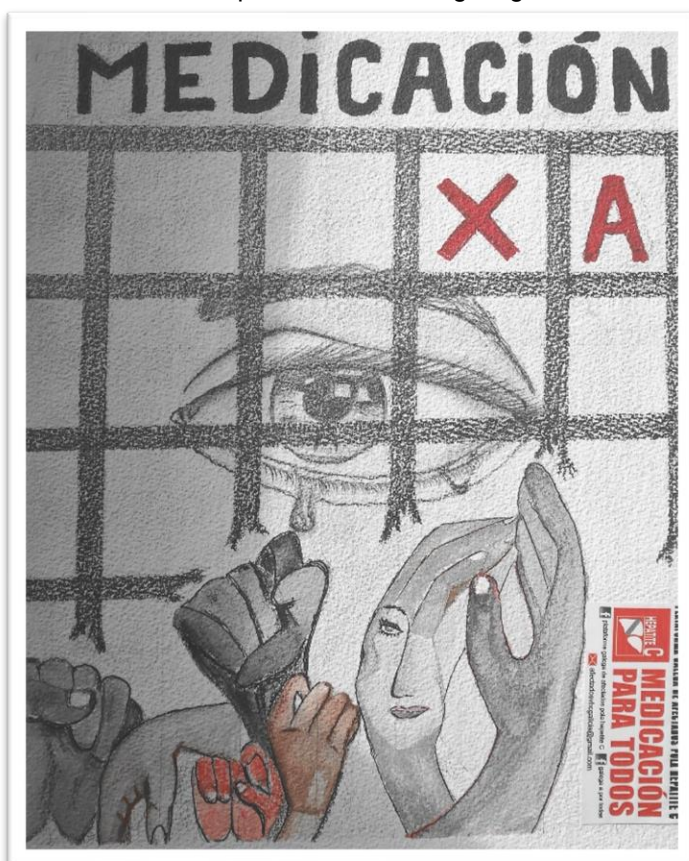
Aceptándola, el 27 de julio se realizó en el salón de actos de la Cruz Roja de Ourense una charla informativa y el mismo día visitaron la prisión para realizar el mismo cometido con la población reclusa. La PGAHC se preocupó por esta población a la que los

Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-sanidad-compromete-ampliar-plan-nacional-hepatitis-atender-todos-pacientes-20170621115112.html>

tratamientos todavía no llegaron e informó a la Valedora do Pobo (la defensora del pueblo gallego) con una carta el 27 de agosto de lo siguiente:

- a) pese a que el Plan Estratégico diagnosticaba la infección por hepatitis C al 21,3% de la población reclusa y estableció como prioritaria su asistencia, en la práctica el acceso no se garantizaba;
- b) esta exclusión farmacéutica podía tener como causa la disputa del Sergas con el Ministerio de Interior respecto a quién debía de afrontar los costes (la STS 00309/2015 del TSXG obligó al Sergas la dispensación de los fármacos);
- c) había constancia que algunos internos tuvieron que ser ingresados en hospitales públicos por descompensaciones a causa de la enfermedad y que fueron devueltos a los centros penitenciarios con la indicación que debían de recibir tratamiento.

Imagen 4. Cartel utilizado para las movilizaciones frente al Parlamento en defensa del acceso a medicamentos de la población reclusa gallega



Fuente: creación de M.^a Isabel Paz Lamigueiro.

que el 20 de enero una nueva sentencia dio la razón a la Xunta en su disputa con el Gobierno y decidieron apoyar la iniciativa “por el compromiso del PP con la sanidad pública y los enfermos de hepatitis C” (Galicia Press, 2016)⁷².

Tras recibir el 15 de septiembre el acuse de recibo de la Valedora do Pobo, el 30 de septiembre parte de las y los representantes de la plataforma acudieron a la tribuna del Parlamento donde se presentó una PNL que pedía a la Xunta el acatamiento de la Sentencia del TSXG que obligaba al Sergas tratar a las personas reclusas (más de 850) en las cárceles gallegas (más allá de los cinco casos a los que la sentencia hacía referencia y que la Xunta asumió tan solo) (Europa Press, 2015l).

Los y las diputadas del PP rechazaron dicha petición. Aun así, meses después, se insistió y el Parlamento votó por unanimidad la garantía del acceso a medicamentos de la población reclusa de hepatitis C de Galicia. Feijóo argumentó

⁷² Sin embargo, al cabo de unos meses (desconociendo en la actualidad cuál es la situación) se hizo público el 24 de junio de 2016 este titular: “Gobierno y Xunta restringen la medicación a los presos que sufren de hepatitis C”. HUETE, C. (24 de junio, 2016). Gobierno y Xunta restringen la medicación a los presos que sufren hepatitis C. *elpais.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/ccaa/2016/06/24/galicia/1466785875_646353.html

Tras todo lo dicho, y llegando al final de estas historias de vida, vemos conveniente reflejar la situación actual de las afectadas y el aprendizaje de este proceso. Por utilizar la misma interpretación de Guibert ([1990]1998, p.167) sobre el SIDA, la hepatitis C antes de los últimos fármacos fue una enfermedad de niveles, una escalera que (en un menor porcentaje, eso sí) conducía a la muerte, pero que en cada peldaño que se hacía (conscientes de la gravedad de la enfermedad) se aprendía algo nuevo.

El francés mencionaba que en este proceso las personas con SIDA eran conscientes de su vida y que las liberaba de su ignorancia. Es decir, entendían la vida cuando estaban al borde de la muerte, enfermas. No obstante, con una vacuna o un medicamento que “casi curaba” la enfermedad, citaba que esta condena se ponía en entredicho y que la ignorancia podía volver (Guibert, [1990]1998, p.168).

En este caso, donde hemos intentado presentar las vivencias de las y los afectados por hepatitis C, recordando que no todas las personas se encontraban en la misma gravedad (pero compartían un objetivo común), la ignorancia sobre el valor de la vida no desapareció con el Sovaldi. Como nos señalaba Julia, la vida se valora más porque es en el momento en el que estás mal cuando te das cuenta: “¡qué maravilla es estar bien! ¡qué felicidad es estar bien!”.

Así, el significado de la vida se da cuando, como señalaba López Petit en *Hijos de la noche* ([2014]2015, pp.28/39), te encuentras en un río que pasa por el infierno y estas orgullosa u orgulloso de estar enferma. A lo que añade, mencionando al budismo o a Schopenhauer, que “el sufrimiento es el fondo de toda vida, sabes que todas las cosas perecen, que el mundo es una ilusión, nos libera” (López Petit, [2014]2015, p.113).

Sí, es que la verdad mucha gente dice “que mala suerte que tuviste”... ¡No!, yo me considero muy afortunada, tuve mucha suerte, porque pasar todo lo que pasé y estoy aquí y lo puedo contar es un privilegio para mí. ¡Qué bueno!, que ahora estoy mal porque ahora tengo lupus y tampoco es ninguna broma, estás más cansada, estoy tomando tratamiento, a veces se me hinchan... de hecho hoy me empezó a hinchar esta muñeca... En fin, una serie de problemas, pero como te vas acostumbrando [ríe] digo yo, porque no queda otra, y yo intento siempre llevarlo de la mejor manera posible. Procuero ver siempre el vaso medio lleno, no medio vacío, y cuando estoy mal, bueno, estoy mal, pero no me puedo quejar porque podía ser peor. (Julia Martínez Olmo, 27 de febrero de 2020)

Claro, una vez que me curé de la hepatitis, de repente, me di cuenta de que no estaba cansada y no estar cansada es como si te quitan, no sé cómo explicarlo, una losa de encima de la cabeza, literalmente. A nivel emocional ¡el cambio es alucinante! no tiene nada que ver. Es una sensación de liberación, de alivio, de descarga, de ligereza que es muy difícil de describir con palabras... (Xulia Alonso Díaz, 30 de enero de 2020)

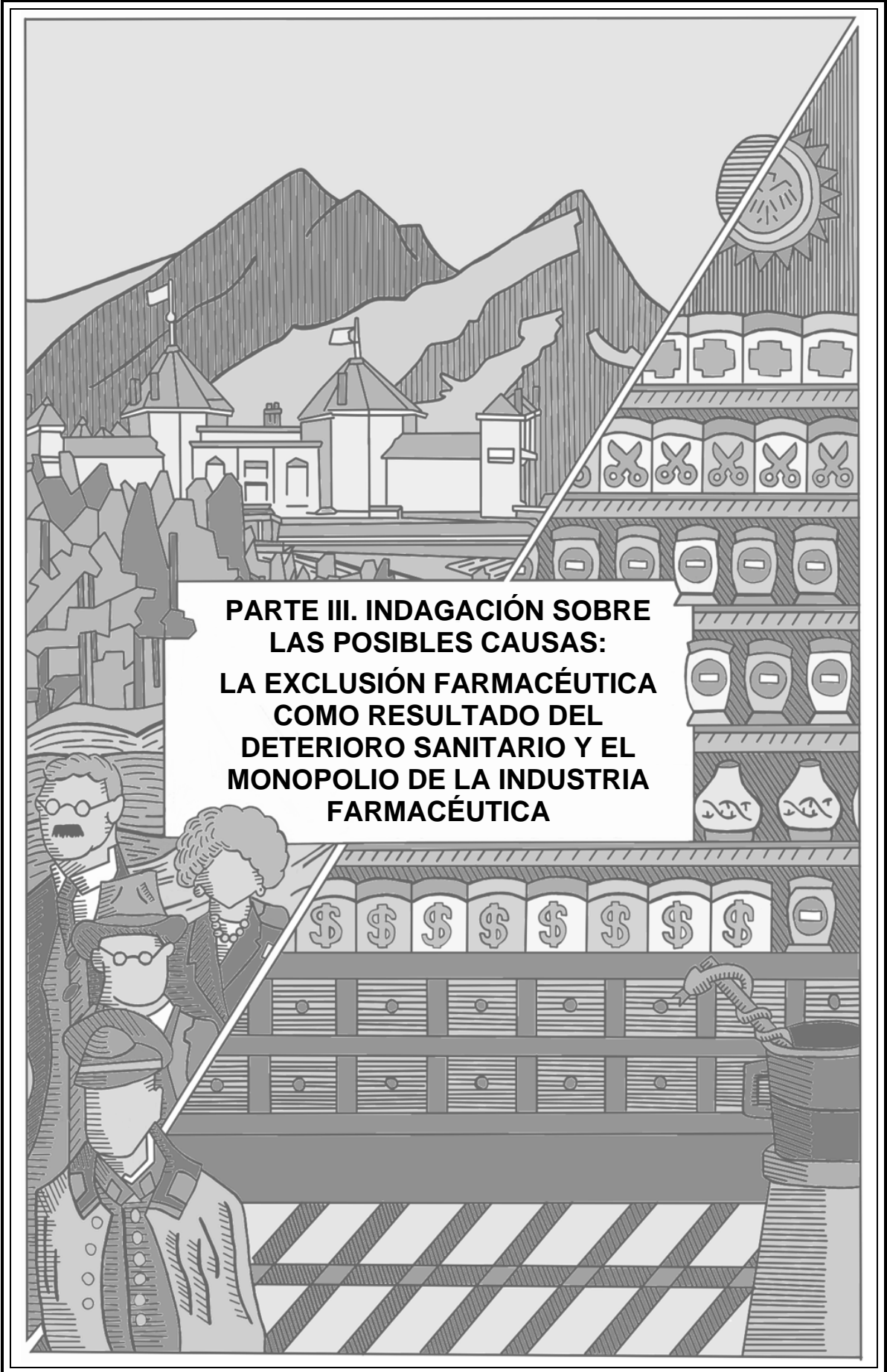
Entonces bueno, soy una persona con mucho menos problemas, físicamente me encuentro muchísimo mejor que nunca. La verdad que, y eso lo comentábamos todos los pacientes, una vez negativizados, la sensación era “joder, que malo estaba porque ahora me siento tan bien” [ríe] “que malo estaba y que poca cuenta me daba de lo malo que estaba”, por lo que te decía al principio, te acostumbras a vivir con esa enfermedad y no eres conscientes realmente de cuánto te está costando vivir con ella. (Quique Costas Bastero, 11 de febrero de 2020)

Este es un hecho que a muchas y muchos nos cuesta comprender (sobre todo a las que somos más jóvenes o no tenemos la experiencia de una enfermedad grave), pero hay que vivirlo para sentirlo. Y tal vez, si apelando a un “sentir en la piel” hemos conseguido este objetivo, nos sentiremos satisfechas y satisfechos y es que, el mayor aprendizaje en la que todas y todos coincidieron es que para sostener la vida la *interdependencia* es fundamental.

Las y los protagonistas de esta historia entendieron que la movilización social es mejor que ir por libre; que la solidaridad (esa palabra muy olvidada en muchas ocasiones) garantiza el respeto por los derechos humanos; que la unión hace la fuerza y que las personas más ricas no van a luchar por una sanidad pública; o que las personas enfermas no son culpables de su situación y que escondiéndose no van a obtener los resultados que prevén.

En definitiva, tomando las palabras de Elena, la PGAHC demostró que los problemas, daños o violencias sociales ocurren porque nosotros y nosotras, la ciudadanía, nos dejamos y no somos conscientes en muchas ocasiones de lo que ocurre. Las y los enfermos hicieron pública y mediática su situación y consiguieron visibilizar e informar su condición para conseguir el acceso a todas y todos.

Quien reclama sus derechos, quien se moviliza, quien se une con un propósito y no lucha solo para él o para ella, sino para un colectivo que se encuentra en la misma situación (y conoce su sentir) consigue que los derechos humanos se garanticen. En suma, se favorece que en el futuro situaciones parecidas no puedan volver a ocurrir (o al menos, deje un camino marcado para hacerles frente si vuelven a aparecer).



**PARTE III. INDAGACIÓN SOBRE
LAS POSIBLES CAUSAS:
LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA
COMO RESULTADO DEL
DETERIORO SANITARIO Y EL
MONOPOLIO DE LA INDUSTRIA
FARMACÉUTICA**

CAPÍTULO 4. LOS PROBLEMAS DE DISPONIBILIDAD FARMACÉUTICA: DETERIORO Y TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Tras haber analizado un ejemplo concreto de la exclusión farmacéutica, en los dos próximos capítulos profundizaremos en las principales causas de nuestro problema de estudio: la falta de disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos. Este capítulo versará sobre la primera de ellas, haciendo alusión a la falta presupuestaria del sistema sanitario y su *deriva institucional*. Una situación que se da cuando los intereses transforman los objetivos de la medicina y “altera rutinas y transforma la cultura de la organización y el comportamiento de los agentes, con consecuencias difícilmente identificables, debido a conductas inconscientes, socialmente aceptadas y/o legales” (Novoa, Gervás y Ponte, 2014, p.374).

La estructura de este apartado parte de las distintas fases históricas de la gestión sanitaria en el Estado español (4.1. *Evolución y gestión del sistema sanitario español*). En un principio, el sistema se caracterizó a finales del siglo XIX y gran parte del XX bajo el modelo bismarckiano de los seguros de salud. Un sistema representado por el pago de las y los trabajadores que no se modificó hasta la década de los 80 en un SNS influenciado por el modelo británico Beveridge.

Sin embargo, esta modificación de modelos fue muy tardía. El SNS (con fines vinculados al Estado de Bienestar) nació en un contexto donde el ideario neoliberal ya había comenzado a imponerse en el resto de los países cercanos. En un segundo apartado incidiremos, precisamente, en esta contradicción (4.2. *Algunas medidas privatizadoras del sistema sanitario español*).

A partir de 1991 se dio comienzo al proceso privatizador sanitario en el Estado español donde la financiación, la cobertura o el aseguramiento y la provisión de servicios se vio alterada en las CCAA. En este apartado insistiremos en especial en caso de Galicia con el fin de contextualizar los sucesos descritos con la población enferma de hepatitis C.

No obstante, la situación empeoró con el estallido financiero de 2007-2008 y el endeudamiento del Estado español. Las administraciones fueron rescatadas y países como Grecia tuvieron que hacer frente a una serie de recortes, afectando en mayor medida a las y los que menos tenían (4.3. *Las políticas de recortes sanitarias y su impacto en el Estado español*).

Por esta razón, a través de la reducción del gasto sanitario público (y el aumento del gasto familiar) o el RDL 16/2012 (que excluyó a ciertas personas de la asistencia sanitaria, a ciertos medicamentos de la financiación pública e incluyó los copagos a las y los pensionistas), muchas personas vieron empeorada su situación. Unas medidas *austericidas*⁷³ que, casualmente, afectan a aquellas con menor poder adquisitivo y han favorecido a transformar la forma en la que vemos e interpretamos la salud y su sistema (4.4. *Los (no tan) nuevos peligros en la comprensión de la salud y la medicina*).

⁷³ Definida como la apuesta por la austeridad que limita el bienestar humano y favorece la desigualdad destruyendo lo público. GÁLVEZ MUÑOZ, L. (2014). Mujeres y crisis: un análisis feminista de la gran recesión y el austericidio. En, CARRASCO BENGUA, C. (Ed.), *Con voz propia. La economía feminista como apuesta teórica y política*, (pp. 193-217). Madrid: La oveja roja. p.194.

4.1. Evolución y gestión del sistema sanitario español

4.1.1. El modelo de Seguridad Social

Si recuperamos la información dada en el apartado del derecho a la salud (apartado 1.1.1) incidimos que no fue hasta el siglo XIX cuando en Alemania se aplicaron las primeras cajas para enfermos y enfermas en 1884. Unos seguros de salud aplicados bajo el “Modelo Bismarck” que se caracterizaron por la responsabilidad del Estado (siendo la autoridad sanitaria) en la garantía de las prestaciones y el pago de un seguro obligatorio por parte de las personas trabajadoras para poder recibir asistencia médica (derivándose a la beneficencia las que no cotizaban) (Palomo, 2019, p.30).

Desde entonces, países como Austria (1886), Hungría (1891), Luxemburgo (1901), Noruega (1909) o Suiza (1911) decidieron intervenir y aplicar el modelo de Seguridad Social. No en vano, este sistema se diferenció por su obligatoriedad o el papel del Estado. En Francia y Bélgica los también conocidos como “fondos de enfermedad” fueron voluntarios y no contaron con supervisión gubernamental, mientras que en los países escandinavos fueron voluntarios, pero con subsidios que llegaron a cubrir un tercio de sus presupuestos (con especial incidencia en la cobertura rural). Por su parte, en Alemania, estos fueron obligatorios y abarcaron a más de la mitad de la población trabajadora, mientras que en Gran Bretaña se pasó de un sistema voluntario a uno obligatorio con la *National Insurance Act* en 1911 (Tamames, 2017, p.30)⁷⁴.

En el caso español, la implementación de un seguro obligatorio amplio y general no ocurrió hasta 1942. No obstante, antes sí que se dieron algunos primeros pasos con diferentes leyes, decretos, subsidios y seguros. Como primera política sanitaria ordenada destaca aquella aplicada en 1724 y centrada en hacer frente a las “enfermedades catastróficas” (como la fiebre amarilla) mediante un sistema de Juntas de sanidad. Estas se asentaban en los puertos de mar más importantes y se organizaban cuando aparecía un contagio para enviar, por ejemplo, a los buques a los lazaretos. Unos hospitales aislados y apartados donde debían de situarse los barcos (y tripulantes) que habían sido decretados en incomunicación cuarentenaria (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008, pp.22-25).

Posteriormente, en el Trienio Liberal (1820-1823) se intentaron actualizar las técnicas de intervención pública en materia sanitaria a través de un *Proyecto de Código Sanitario* en 1822. En cambio, este se vio frustrado por las “disputas acerca de la exactitud científica de los medios técnicos de actuación en que pretendía apoyarse”⁷⁵.

La primera Ley de Sanidad se promulgó en 1855 (en pleno reinado de Isabel II) a través de la *Ley sobre el servicio general de Sanidad de 28 de noviembre*. Un hecho que contaba con el contexto reciente de una segunda epidemia de cólera que inició en

⁷⁴ Y es que cabe resaltar que este país ya contaba con leyes sobre seguridad social como *la Ley de Indemnización de los Trabajadores* de 1897. En cambio, no fue hasta 1912 cuando se establecieron los seguros obligatorios que se generalizaron a partir de 1920. DÁVILA, L. (2017). IV. El modelo económico de la salud pública en España. En, TAMAMES, R. ET AL., *La gobernanza de la salud pública: excelencia o ideología*, (pp.95-126). Córdoba: Almuzara. p.102.

⁷⁵ Recogido del preámbulo de la Ley de General de Sanidad de 1986. JEFATURA DEL ESTADO (29 de abril, 1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. BOE-A-1986-10499. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

1853 y causó alrededor de 200.000 muertes (Sabando, 2020, p.1). Por ello, esta Ley decretó, entre otros aspectos, un Consejo de Sanidad dependiente del Ministerio de Gobernación que se interesó en especial en la sanidad marítima. Entre sus cometidos destacó la regulación de las expediciones de patentes (en términos de registro) a los buques. La patente *limpia* se daba cuando no había “enfermedad alguna importable o sospechosa” y *sucia* en los demás casos (art.18). A su vez, aplicaban procedimientos de cuarentenas o expurgos de buques.

En cambio, el *intervencionismo estatal* comenzó en 1883, en plena Restauración (1874-1923). A través del *RD de 5 de diciembre* se creó una “Comisión para el estudio de las cuestiones que interesan a la mejora o bienestar de las clases obreras, tanto agrícolas como industriales, y que afectan a las relaciones ente capital y trabajo”, conocida como la Comisión de Reformas Sociales (CRS). Una comisión encargada de investigar las causas del malestar social y proponer medidas para combatirla donde, para ello, vieron necesario realizar un estudio sociológico sobre los estilos de vida y las necesidades de las clases obreras (González Fernández, 1995, p.96).

Después de constituirse la CRS, se constituyeron comisiones provinciales y locales a las que se les encargó como primera tarea contestar a una encuesta compuesta por 223 preguntas (González Fernández, 1995, p.97). En ella se trataron entre otros temas, aquellos relacionados con los gremios, las huelgas, la invalidez, la condición económica de los obreros, la condición social y política de la clase media, el salario, las horas de trabajo, el trabajo de las mujeres, el trabajo de los niños, los bienes comunales, los impuestos o la beneficencia (Sánchez Agesta, 1981, p.10).

Sin embargo, frente a la propia creación y las tareas asignadas por el organismo, los partidos obreros rechazaron casi de manera absoluta la creación del CRS. Las críticas principales tenían vinculación con su carácter político y autoritario o “de simulacro” donde tan solo se tenían en cuenta los intereses de la clase explotadora. Entre los partidos, las y los anarquistas decidieron no participar en esta comisión que llamaron “comparsa”, mientras que el Partido Socialista, pese a rechazar en un principio su participación, optó por aprovechar la ocasión para la defensa y la difusión de sus ideas (De la Calle Velasco, 1984, p.37).

Ya en el siglo XX, la CRS se institucionalizó bajo el nombre de Instituto de Reformas Sociales (IRS) a través del *Real Decreto de 23 de abril de 1903*. Un hecho que trajo unos órganos estables, unas funciones definidas, una plantilla administrativa y un presupuesto determinado (Sánchez Agesta, 1981, p.13). Entre sus fines se reconoció “[...] que estará encargado de preparar la legislación del Trabajo en su más amplio sentido, cuidar de su ejecución, [...] y favorecer la acción social y gubernativa en beneficio de la mejora o bienestar de las clases obreras” (Presidencia del Consejo de ministros, RD del 30 de abril, 1903, art.1).

Al final, no fue hasta 1904 cuando se extendió la *Ley sobre el Servicio General de Sanidad de 28 de noviembre de 1855*. A causa de la imposibilidad de nuevos acuerdos para una nueva Ley Sanitaria, pasaron casi cincuenta años sin actualizarse hasta esta *Instrucción General de Sanidad Pública*. Un nuevo reglamento que seguía el postulado “de la revolución desde arriba para evitar que surja desde abajo”, pasando de una medicina enfocada en la defensiva con patentes, cuarentenas o cordones sanitarios a una ofensiva fundamentada en la inspección y las sanciones (Sabando, 2020, p.1).

Por retomar la labor del IRS, este fundó en 1908 el Instituto Nacional de Previsión (INP). Instituto que fue el resultado del encargo dado por el IRS a su vocal, Josep Maluquer i Salvador, a petición del Ministerio de Gobernación en 1904. Éste preparó una ponencia sobre el proyecto de ley que fue estudiada por la Comisión del IRS y redactada por ella en forma de Proyecto, aunque no avanzó hasta 1908 cuando al final sí que fue aprobado (Tamames, 2017, p.31; Sánchez Agesta, 1981, p.17).

Por lo que sigue, con la INP se estableció el régimen normativo de los Retiros Obreros. Un sistema voluntario subsidiado que las y los trabajadores podían contratar a través de sus organizaciones. Años después, estas se volvieron obligatorias con el *RDL de 11 de marzo de 1919*, dando lugar al Seguro Obligatorio Obrero que sería la primera instrucción nacional enfocada en las jubilaciones y el antecedente de posteriores seguros como el de Maternidad (Tamames, 2017, p.32).

Antes de la Dictadura de Primo de Rivera, entre 1922 y 1923 se propuso la implantación de un seguro completo de enfermedad que incluyera la maternidad y respondiera a las carencias de la “caja de seguros”. De esta manera, se pretendía responder a la ratificación por parte del Estado español del *Convenio de Washington* adoptado en 1919 en la Conferencia Internacional del Trabajo donde se trató la protección de las mujeres obreras antes y después del parto.

A pesar de todo, esta fue rechazada por su coste y por la escasa infraestructura hospitalaria (Tamames, 2017, p.32). A través del *RD de 23 de agosto de 1923* se creó tan solo un *subsidio de maternidad* que no se volvió en Seguro Obligatorio hasta los últimos momentos de la dictadura de Primo de Rivera⁷⁶ mediante el *RDL 938 de 22 de marzo de 1929*. Un RDL que no terminó por establecerse hasta 1931 (en la II República), con su debida reglamentación en el *Decreto de 26 de mayo*, que puso su fecha de inicio el 1 de octubre del mismo año.

Tras la crisis económica de 1929, la II República estableció las bases de lo que posteriormente sería conocido como el *Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)*. En 1932, por orden del Ministerio de Trabajo y Previsión, el INP tuvo el encargo de preparar un proyecto de ley sobre un seguro de enfermedad, invalidez, vejez, maternidad y muerte. Una petición que en 1935 fue presentada como proyecto de ley de un Seguro Obligatorio de Enfermedad, pero que se vio interrumpida por la insurrección militar de 1936 que dio comienzo a la Guerra Civil (Sabando, 2020, p.2).

No fue hasta 1942, en pleno franquismo y Primera Guerra Mundial, cuando se creó el SOE con la *Ley de 14 de diciembre de 1942*. Un seguro que unificó los anteriores y cubrió a las y los trabajadores económicamente más débiles (y cuyas rentas no excedían ciertos límites) garantizando, de este modo, la atención médica y desarrollando la estructura sanitaria ambulatoria y hospitalaria (Sabando, 2020, p.2).

Por el contrario, comparando con la aplicación de otros países que señalábamos al inicio del apartado, la introducción del sistema de seguros en el Estado español fue

⁷⁶ De este último periodo (1923-1930) destaca la creación en 1924 de la Escuela Nacional de Sanidad para formar técnicamente a las y los especialistas o la fusión en un cuerpo único de la sanidad exterior, la sanidad interior y las instituciones sanitarias. SABANDO, P. (2020). 1. En el trigésimo tercer aniversario de la Ley General de Sanidad. En, SABANDO, P., TORRES-GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.1-9). Madrid: Díaz de Santos. p.1.

tardía. Tamames (2017, p.33) señala, al respecto, que los motivos podrían ser la oposición de los colegios médicos, las mutualidades y las compañías de seguros. Incluso, que el Estado, por sus limitaciones económicas, pudiera asumir la construcción de infraestructura sanitaria suficiente o que las y los propios trabajadores no llegaran a un acuerdo sobre si un sistema como este gravaba sus salarios (Tamames, 2017, p.34).

En el franquismo, el SOE comenzó a ser efectivo en 1944 junto a la *Ley de Bases de la Sanidad Nacional* tras eliminar las oposiciones de los sindicatos y reprimir cualquier reivindicación laboral. Como resultado, a través de este sistema el gobierno franquista quiso “amortiguar tensiones internas” con la clase obrera (Tamames, 2017, pp.34-35; Vilar Rodríguez y Pons Pons, 2018, p.264). En cambio, el modelo estaba fundamentado en la división de clases: un seguro obligatorio para las y los trabajadores con bajos ingresos, los seguros privados para quienes pudieran permitírselo y la beneficencia para el resto (Sánchez Bayle y Fernández Ruiz, 2015, p.83).

El SOE no contó con los recursos suficientes en sus primeros años. El Estado tuvo que recurrir a la pseudobeneficencia y la ayuda de las corporaciones locales y la Iglesia para hacer frente a las necesidades de las y los trabajadores pobres (Baquero, 2004, p.14; Gálvez Zaloña, 2020, pp.224-225). A su vez, sirvió de herramienta para el *proceso de medicalización* como mencionan Perdiguero Gil y Comelles (2018, p.50), puesto que muchas personas accedieron por primera vez a las y los profesionales y se familiarizaron culturalmente con las recetas gratuitas que estos les dispensaban.

Por todo ello, podría decirse que el modelo de seguros sanitarios en el Estado español se materializó en pleno franquismo y en plena Segunda Guerra Mundial. Acciones que, en la postguerra y todavía en la dictadura franquista (hasta 1975) posicionó a la sanidad española varios pasos por detrás que la de los países del entorno. Por ejemplo, por su difícil relación internacional, el Estado español fue excluido en los inicios de las Naciones Unidas y no formó parte de la OMS hasta 1955 donde, gracias a una oposición dividida que no pudo derrocar a Franco y su situación geoestratégica (de cara a los intereses de EE. UU. en la Guerra Fría), el Estado comenzó a participar de las relaciones internacionales (Ballester Anón, 2016, p.22).

Pasados unos años, los modelos de seguro y previsión de 1942 fueron sustituidos por la *Ley sobre Bases de la Seguridad Social* en 1963 y el *Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social* (Tamames, 2017, p.36). Estos textos que unifican los modelos de Seguridad Social iniciaron la concepción del Estado de Bienestar dentro del Estado español.

Respecto a ellos, cabe señalar que la Ley de 1963 tuvo el propósito de crear un modelo unitario de prestación social dando así por finalizada la etapa de previsión social iniciada en 1900 con la *Ley de Accidentes de Trabajo* que protegía de los riesgos de accidente en el entorno laboral. En estos casos, al ser seguros voluntarios, la protección fue reducida pero, en todo caso, el patrón era quien se responsabilizaba de los daños que ocurrían a sus operarios y operarias.

Sin embargo, la aprobación de esta Ley o el cumplimiento de este propósito de unificación no fue un camino fácil para la administración franquista. La clase médica o el Sindicato Nacional del Seguro mostraron su oposición a través de la prensa y recursos judiciales porque la Ley, al unificar los seguros, reducía el papel de las entidades colaboradoras que atendían a la población trabajadora asegurada.

El principal sector profesional afectado se situó en el ámbito del SOE, donde estas entidades colaboradoras cubrían tres cuartas partes de la asistencia sanitaria. La Ley de 1963, al prever trasladar la gestión del SOE al INP, como consecuencia, se encontró con esta oposición que ponía en un limbo (según ellas y ellos) su futuro profesional (Pons Pons y Vilar Rodríguez, 2014, p.225).

Por citar alguna de estas quejas, en Catalunya, las y los defensores del mutualismo tradicional mostraron su disconformidad ya que corrían el riesgo de perder la gestión privada de las mutuas patronales por accidentes de trabajos y las mutuas de pensión (Pons Pons y Vilar Rodríguez, 2014, p.226). El 23 de diciembre de 1964, en *La Vanguardia Española*, por ejemplo, el entonces presidente de la Federación de Mutualidades de Catalunya y Balears se pronunciaba con las siguientes palabras:

Lo que pretenden los mutualistas trabajadores asegurados que constituyen y dirigen las Mutualidades de Previsión Social de esta Federación, es poder administrar lo que les corresponde dentro de los principios de la mencionada Ley de Seguridad Social, pues creen poseer títulos bastantes de tradición, servicio y experiencia para que no se les sustraiga el gobierno de esta parcela de la Seguridad Social, a la que prestan el calor humano (que no puede albergar un organismo monopolístico), tan preciso en un seguro de riesgo subjetivo y siniestralidad corregible; todo ello sin perjuicio de su contribución a la solidaridad social en la forma que se establezca. (Puig Roig, 1964, p.55)

4.1.2. El Sistema Nacional de Salud

Tal y como indicábamos, la dictadura coincide en sus inicios con la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e implica un retroceso comparativo con el resto de los países europeos que en la postguerra favorecieron políticas del Estado de Bienestar. El SOE de 1942 es un claro ejemplo de la inestabilidad del intervencionismo estatal que surgió en Europa a partir de 1875. Pero en esta ocasión, también destaca el tardío cambio del modelo sanitario que ocurrió en el Estado español.

De esta forma, tras la Segunda Guerra Mundial, la población británica decidió no volver a votar a Winston Churchill y puso a cargo al primer ministro laborista Clement Attlee de la reconstrucción social del país. Con estos fines, prometieron una serie de reformas que se basaron en el *Informe Beveridge* de 1942 donde, entre otros aspectos (defendiendo la intervención del Estado), se nacionalizaron sectores económicos importantes como la minería, el sector siderúrgico y el transporte ferroviario y aéreo (Torres-González, Sabando y Lamata, 2020, p.xii).

Estos acontecimientos dieron inicio al Estado Benefactor caracterizado por:

- 1) la reconstrucción económica (traspaso de los mecanismos de mercado a la ampliación del nivel de ingresos y seguridad laboral como derechos);
- 2) en el ámbito moral, la promoción de la justicia social, la solidaridad y el universalismo; y
- 3) en términos políticos, un proyecto de construcción nacional que reafirma la democracia liberal y repudia el nazismo y el comunismo (Farge Collazos, 2007, p.48).

Al respecto, destaca en materia sanitaria la propuesta dada por Sir William Beveridge en 1942 sobre un Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*), el mismo que fue aplicado el 5 de julio en 1948 de la mano del ministro de Salud británico Aneurin

Bevan. Una forma de gestión sanitaria conocida como *modelo Beveridge* que, diferenciado del *modelo Bismarck*, se caracterizó por aspectos como: la financiación pública a través de impuestos y presupuestos estatales; la prestación universal, gratuita, equitativa y libre de acceso; el control parlamentario sobre el sistema; y la implicación del sector privado pese a ser la provisión pública (Palomo, 2019, p.30).

A esta implementación británica le siguieron luchas sociales que promovieron la promulgación de la sanidad pública universal. Y es que, si el caso inglés es un ejemplo del pacto entre los representantes laboristas y el capital, en el modelo sueco la clase trabajadora se alió con los pequeños propietarios agrarios y posteriormente con las nuevas clases medias profesionales. Canadá, por su parte, aplicó un seguro hospitalario para la población de la provincia de Saskatchewan en 1947 y tras una huelga médica en 1962 se consiguió introducir un programa de seguridad social (Benach *et al.*, 2012, p.47).

En lo que concierne al modelo Beveridge en el Estado español, este no se materializó por completo hasta finales de la década de los 80. Tras el cambio de régimen y la restauración de la monarquía, la CE fue aprobada y el INP se suprimió con el *RDL 36/1978 de 16 de noviembre*, trasladándose así la gestión y administración de los servicios sanitarios de la Seguridad Social al nuevo Instituto Nacional de Salud (conocido como INSALUD).

Sin embargo, este Instituto se debilitó cuando dio comienzo el proceso de descentralización territorial en 1981 a causa de lo recogido en la CE en materia de competencias de las CCAA en “Sanidad e Higiene” (art.148.1.21). Un proceso que se desarrolló de manera lenta y desordenada: se comenzó con Catalunya (1981), Andalucía (1984), Euskadi y Comunitat Valenciana (1988), Galicia y Navarra (1991), Canarias (1993) y el resto en 2001. A excepción de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla cuya competencia sigue estando a cargo del Ministerio de Sanidad (Sánchez Bayle, 2013, p.23).

Por lo que sigue, en 1986 se estableció el SNS⁷⁷ como forma de financiación del sistema sanitario con la *Ley General de Sanidad de 25 de abril*. Ello trajo consigo un menor peso al INSALUD y este pasó a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). El sistema sanitario ya no dependía de las cotizaciones de las y los trabajadores sino de los PGE. Un propósito que se consiguió cubrir por completo en 1989 tras un proceso de traspaso de modelos (Tamames, 2017, pp.36-37).

Por ello, como señala Lamata (2020a, p.13), el SNS no partió de cero ya que en años posteriores (sobre todo en las décadas de los 50, 60 y 70) los sistemas como la Asistencia Pública Domiciliaria destinada al ámbito rural y los dispensarios, hospitales, casas de socorros o la red de centros sanitarios en el entorno urbano cumplieron su función. A su vez, la red de centros de la Seguridad Social como los ambulatorios, las residencias o las ciudades sanitarias serían los ejes sobre los que se constituiría la Sanidad Pública.

⁷⁷ Como simple aclaración, en comparación con el *NHS* británico, el modelo español no fue denominado como “Servicio” debido a la descentralización territorial reconocida por la Constitución. Por ello, se optó por el concepto de “Sistema” quedando referenciada la diversidad en materia sanitaria y las competencias que los propios Estatutos de las CCAA reconocen y las competencias exclusivas que posee el Estado. SABANDO, P. (2020). op. cit. p.8.

Precisamente, esta creación de la red sanitaria estuvo favorecida porque en estas décadas (hasta la crisis del petróleo de 1973) la actividad económica del país aumentó junto al empleo y las cotizaciones. A causa de ello muchas personas emigraron a países como Suiza o Alemania. Se estima que entre 1961 y 1967 había 264.990 inmigrados e inmigradas en Suiza, siendo la cifra de 1967 en Alemania de 339.837 (Vilar, 2000, pp.139-140). Una población que aportó retornos económicos (conocidas como remesas) y evitaron el aumento del desempleo, y por ello, el poco gasto de la Seguridad Social en pensiones y desempleo. De este modo, se permitió dirigir los recursos en la Asistencia Sanitaria (Lamata, 2020b, p.122).

Según datos reflejados por Espuelas Barroso (2013, pp.48/50), el porcentaje del gasto público del Estado español en materia de sanidad era de un 46,49% en la cifra total de gasto de todas las administraciones públicas. Cifra que descendió posteriormente al 33,48% en 1960, al 32,47% en 1965 o al 30,56% en 1970. Una trayectoria que pese a ser decreciente seguía siendo superior a las pensiones de vejez o a la de las y los funcionarios.

Por profundizar precisamente en esta *Ley General de Sanidad* de 1986, podemos comenzar por resaltar sus “grandes principios inspiradores” (Sabando, 2020, p.6):

- 1) la cobertura universal y gratuita de las necesidades sanitarias;
- 2) la financiación pública a expensas de los presupuestos del Estado;
- 3) la descentralización autonómica de la gestión con integración de todas las redes sanitarias;
- 4) la provisión de servicios fundamentalmente a través de centros públicos; y
- 5) la organización territorial de los servicios de salud en áreas y zonas básicas.

Una lista dada por el entonces subsecretario de Sanidad y Consumo, Pedro Sabando, que junto al ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, llevaron el mando del Proyecto de Ley. Un recorrido legislativo con grandes líneas ideológicas confrontadas que incluso el mismo día de su aprobación en el Congreso reflejó diferencias entre los principales partidos: el Partido Socialista Obrero Español y la Coalición Popular de Alianza Popular y el Partido Demócrata Popular.

Así, el 18 de marzo de 1986, en la votación de las enmiendas del Senado al Proyecto de *Ley General de Sanidad*, el primero en intervenir fue Carlos Ruiz Soto, portavoz de la Coalición Popular que adelantó que votarían negativamente porque la Ley no reconocía la *libertad* como un derecho de todas y todos. Ruiz Soto defendió que a dicha Ley le quedaba un último paso: “que cualquier español con su cartilla de la Seguridad Social tenga el inalienable derecho en cualquier sociedad moderna a elegir su médico, a elegir su especialista y a elegir su hospital” (Cortes Generales, 1986, p.12369).

Por ello, en línea de lo que hemos visto hasta ahora, su filosofía era más cercana al individualismo y la libertad individual. Una posición que recibió la respuesta del Grupo Socialista por parte de Marcelo Palacios Alonso que recordó que la libertad de elección estaba contemplada en la Asistencia Primaria en el ámbito del Área de Salud. A lo que añadió, que la Ley marcaba una dirección hacia “un modelo sanitario progresista y unitario, una ley para todos los españoles, útil a toda la sociedad y a cuyo desarrollo y consolidación nadie debiera considerarse ajeno” (Cortes Generales, 1986, p.12370).

Tras estas posiciones y debates⁷⁸ la LGS fue aprobada con los votos del PSOE, PCE, PNV y CiU. No obstante, no se dejaron de un lado tintes o tradicionalismos del sistema anterior como la implicación del sector privado. Y es que, en el artículo 89 se “reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario” haciendo referencia al artículo 38 de la CE que la reconoce “en el marco de la economía de mercado”. Con este artículo los intereses privados se integraron en la prestación de los servicios sanitarios como lo hace también el artículo 90 que regula el establecimiento de *conciertos* (contratos administrativos). Eso sí, priorizando a los de carácter no lucrativo.

Por consiguiente, el nuevo modelo sanitario español (Tabla 13) pasó de un modelo de Seguridad Social Obligatorio a un SNS caracterizado no ya por la financiación de las y los trabajadores y sus aseguradoras, sino por los PGE (aunque esto no impidió la posibilidad de contratar seguros privados o el sistema de mutualidades de las y los funcionarios, jueces y militares con la MUFACE, MUGEJU o el ISFAS)⁷⁹.

Tabla 13. Modelos de gestión sanitaria y posicionamiento actual del Estado español

FORMAS DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS			
<i>Liberal</i> (pago del usuario o usuaria al proveedor o proveedora, oferta/demanda)	<i>Seguros voluntarios</i> (compañías privadas, agencias aseguradoras)	<i>Seguros sociales obligatorios</i> (cuotas proporcionales a los salarios, la compañía aseguradora encargada de pagar a proveedores y proveedoras)	<i>Servicio Nacional de Salud</i> (Presupuestos Generales del Estado)
TIPOLOGÍAS DE GRANDES SUBSISTEMAS			
<i>Modelo liberal</i> (financiación completamente privada)	<i>Modelo socialista</i> (financiación pública, sanidad universal)	<i>Modelo mixto</i> (financiación mayoritariamente pública, pero con la participación del sector privado; provisión de servicios pública y privada; basada en la promoción, prevención y atención primaria de la salud)	
		<i>Mutualista, tipo Bismarck o continental</i> (la financiación proviene de las personas que cotizan, cubriéndoles a estas y sus familias)	<i>Sistemas públicos o tipo Beveridge</i> (provisión universal mínima para todas las personas sean o no cotizantes a la seguridad social)

ESTADO ESPAÑOL

Fuente: elaboración propia basada en HIDALGO VEGA, A. (2017). III. Modelos de gestión sanitaria: alternativas y experiencias puestas en marcha en España. En TAMAMES, R. ET AL., *La gobernanza de la salud pública: excelencia o ideología*, (pp. 71-94). Córdoba: Almuzara. pp.73-75; GÓMEZ, V. (2017). VI. Sobre el posible retorno a la gestión pública en la concesión de servicios sanitarios. Problemas laborales e implicaciones. Una visión de conjunto. En, TAMAMES, R. ET AL., *La gobernanza de la salud pública: excelencia o ideología. Excelencia o ideología*, (pp. 149-176). Córdoba: Almuzara. pp.154-155.

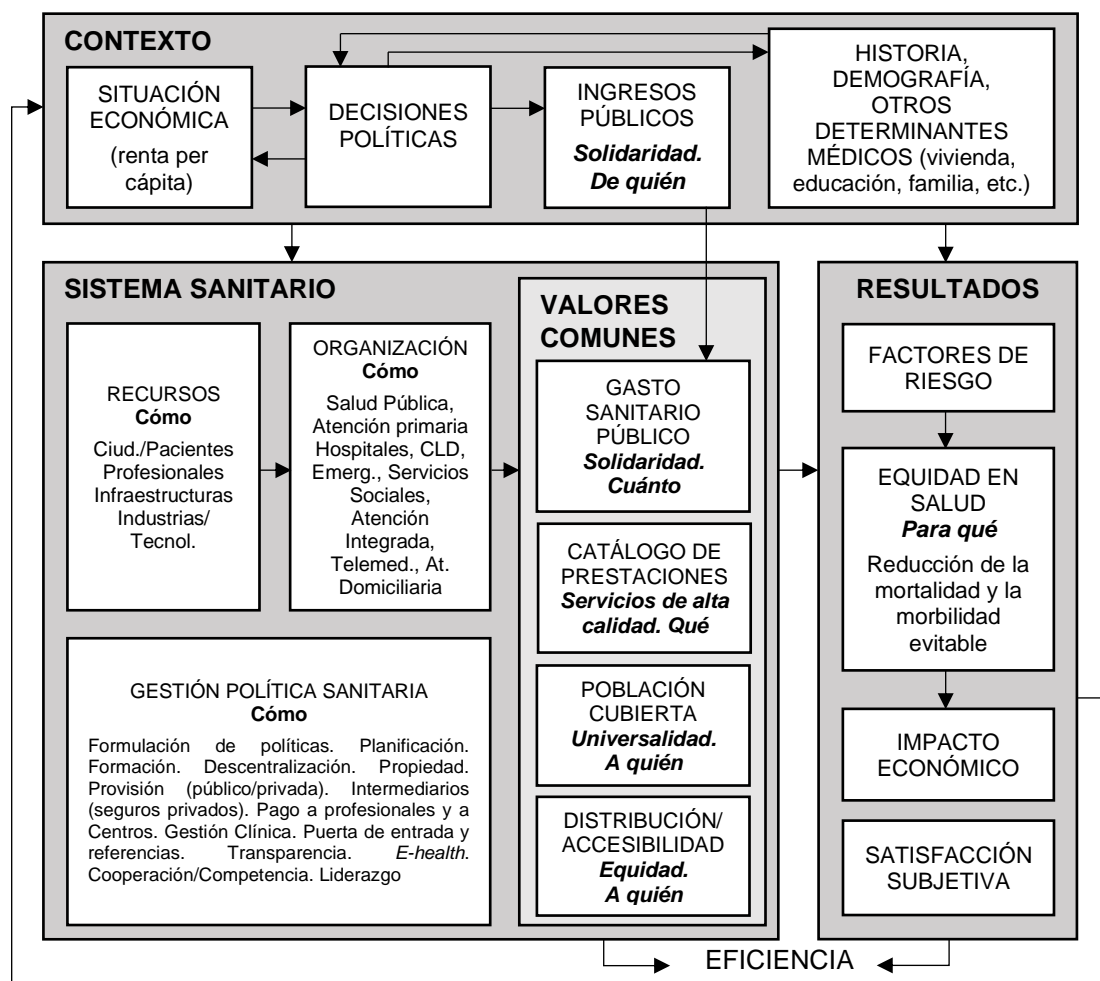
⁷⁸ Puede profundizarse sobre ello en: VILAR RODRÍGUEZ, M. y PONS PONS, J. (2018). El debate en torno al seguro de salud público y privado en España: desde la transición política a la Ley General de Sanidad (1975-1986). *Historia y Política*, (39), 261-290.

⁷⁹ Y es que, el sistema sanitario puede ser definido como “un sistema de doble velocidad” ya que sustrae los recursos de la caja común para pagar la asistencia privada al régimen mutualista de las y los funcionarios, jueces y militares. PADILLA, J. (2019). *¿A quién vamos a dejar morir? Sanidad pública crisis y la importancia de lo político*. Madrid: Capitán Swing. p.43.

Por su parte, a diferencia de lo que podría ser EE. UU., donde la protección de la salud cuenta con una intervención pública-estatal muy limitada (modelo liberal), o el caso de Cuba, donde el Estado es la única fuente de financiación (modelo socialista), el sistema español pertenece a un *modelo mixto* (Palomo, 2019, pp.26-28). Un modelo que se traduce en que existe una cierta dependencia hacia el sector privado dentro de aquella concepción de “economía de mercado” remarcada por la CE.

Con el objetivo de conocer mejor este Sistema y sintetizar el modelo actual, podríamos plantearnos un breve esquema siguiendo a Fernando Lamata (2020a). Este se basaría en cinco cuestiones: 1) ¿a quién cubre el actual modelo?; 2) ¿a cuánto equivale la financiación y de quién viene?; 3) ¿qué es lo que ofrece?; 4) ¿cómo se organiza y se ofrece?; y 5) ¿con qué finalidad o para qué los ofrece? (Figura 7).

Figura 7. Componentes del Sistema Sanitario Público



Fuente: LAMATA, F. (2020a). 2. Implantación de la Ley General de Sanidad y Contrarreforma. En, SABANDO, P., TORRES GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.11-54). Madrid: Díaz de Santos. p.18.

- 1) *A quién*: la asistencia del SNS es más amplia que el sistema de beneficencia del siglo XIX que atendía tan solo a la población más pobre que no podía acudir a los médicos privados o no disponían de mutuas de socorro. Si en 1950 con el SOE la población cubierta fue del 40% y con el sistema de Seguridad Social llegó al 83%, el *principio de universalidad* reconocido por la *Ley General de Sanidad* de 1986

supuso la incorporación de siete millones más de personas hasta 1990 (Lamata, 2020a, p.15).

En cambio, la cobertura pudo haber llegado al 100% en caso de aplicarse la *Ley General de Salud Pública* de 2011 si no fuera por el estallido financiero y las posteriores medidas de austeridad como el *RDL 16/2012* que, insistimos, excluyó de la asistencia sanitaria a cierta parte de la población como las y los extranjeros en situación irregular (Lamata, 2020a, p.16). Una exclusión que se intentó revertir en 2018, pero siguió generando problemas, incumpliendo el *principio de equidad*⁸⁰.

A su vez, el mismo RDL fomentó la exclusión farmacéutica y el aumento de gasto de bolsillo de la ciudadanía en la compra de medicamentos a través de los copagos o la eliminación de la prestación pública alrededor de 400 medicamentos, cremas o lociones (analizaremos el contenido del RDL en el apartado 4.3.2).

- 2) *Cuánto y de quién*: como ya hemos indicado, el paso de modelo sanitario implicó que la financiación pasara mayoritariamente de la Seguridad Social a la de los PGE. A partir de entonces, el gasto sanitario público llegó a depender del crecimiento económico del país (Lamata, 2020a, p.17). Un crecimiento que estaba determinado en gran medida por la renta, aunque dentro de este contexto las decisiones políticas, históricas o demográficas también tuvieron su peso.

El gasto sanitario público consolidado de 2019 fue de un 6,0% del PIB con un monto de 75.025 millones de euros y 1.593 euros por habitante según datos del Ministerio de Sanidad (Rodríguez Blas, 2021, p.2). Porcentaje parecido al de 2015 (6,1%) y 2016 (6,0%) que situaba al Estado español por debajo de la media europea (7,2%) y de países como Portugal (6,6%), Italia (6,8%), Alemania (7,4%) o Francia (8,0%) (Eurostat, 2021).

En el mismo sentido, en la variación del porcentaje de gasto de 2007 a 2016 son considerables los descensos de 2009/2010 (en un 1,7%), de 2010/2011 (un 2,1%), de 2011/2012 (un 5,7%) y de 2012/2013 (un 3,7%) (Ministerio de Sanidad, 2021). Unas últimas fechas que coinciden con el aumento de las políticas de recorte y austeridad.

Por otra parte, respecto a quién financia el sistema, cabe resaltar que este se realiza a través de los fondos públicos como los impuestos o las cotizaciones sociales (Lamata, 2020a, p.19). Por ello, rige el *principio de solidaridad* por parte de la población. En cambio, este tan solo lo cumplen las clases trabajadoras mientras que la población más rica no paga lo suficiente, principalmente, según

⁸⁰ Entendida, en términos de salud (*principio de equidad en salud*) y recordando la estrategia *Salud para Todos* de finales del siglo pasado: “que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitario”. OMS (1998). *Promoción de la Salud: Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p.17.

En este aspecto, la OPS añade la importancia de los determinantes sociales e interpreta la equidad en la salud en la enfatización de “que la mayoría de las diferencias en el Estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud”. OPS (2021). *Equidad en salud*. *paho.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es

Lamata (2020a, p.20), por la caída en la recaudación de impuestos de sociedades⁸¹ y la conversión de la deuda privada en deuda pública.

En conclusión, podría decirse que la financiación es un punto débil en la medida en la que se incumple el precepto constitucional del artículo 31.1 (“todos contribuirán al sostenimiento de los gastos públicos de acuerdo con su capacidad económica mediante un sistema tributario justo”). Problema también reflejado tras el estallido financiero donde una cuarta parte del gasto público se estuvo utilizando para pagar el rescate de las entidades financieras (Lamata, 2020a, p.14).

A estos datos y porcentajes podría añadirse los que estiman que a causa del fraude fiscal se pudieron haber evadido más de 60.000 millones de euros, siendo el 71% de los actores las grandes empresas (Lamata y Oñorbe, 2014, p.60). De esta forma, la diferencia de ingresos a través de impuestos y cotizaciones sociales tuvo una diferencia de 8,2 puntos del PIB en 2012 respecto a la media europea. Una cifra superior a los 80.000 millones de euros (Lamata y Oñorbe, 2014, p.57).

- 3) *Qué*: como citábamos, la LGS no partió de cero y el anterior sistema y la situación económica favorecieron el crecimiento de una red de sistemas formadas por ambulatorios, hospitales o residencias a las que fueron añadiéndose prestaciones como la medicina general, la pediatría o la hospitalización médica.

De ahí que hasta hoy el SNS español sea considerado como uno de los sistemas con una serie de prestaciones más amplias donde se incluyen la salud pública, la atención especializada, la AP o la prestación farmacéutica. Aunque cabe añadir que a diferencia de otros países europeos, uno de los puntos débiles sigue siendo la no incorporación de las prestaciones odontológicas (Lamata, 2020a, p.21).

- 4) *Cómo*: la LGS configuró la gestión política sanitaria de manera descentralizada adquiriendo las CCAA la potestad en ordenación, planificación, recursos humanos o infraestructuras; mientras que son exclusivas del Estado el *cuánto* y *de quién* (modelo fiscal y su gestión), el *a quién* (la garantía del derecho a la salud de la población), el *qué* (las prestaciones), la sanidad exterior, las relaciones internacionales y la prestación farmacéutica (donde se incluye la autorización, financiación y regulación de los precios de los fármacos) (Lamata, 2020a, p.22).

- 5) *Para qué*: para concluir, la finalidad de este sistema se ve reflejada en los resultados obtenidos hasta el momento como el aumento de la esperanza de vida (83,24 años de media en 2018) o la disminución de la mortalidad infantil (de 15,3 de 1.000 personas en 1978 a 2,72 de 1.000 en 2016) (Lamata, 2020a, pp.29-30).

Por el contrario, la tardía implementación del LGS denota una contradicción con el resto de los países del entorno (Lorente y Sánchez Bayle, 2019, pp.11-12). Fue el último SNS implementado y tuvo que convivir rodeado de unos sistemas donde el neoliberalismo comenzó a aplicar su ideario en los servicios públicos hasta que en la década de los 90 se intensificó la ola mercantilista y privatizadora de la salud.

⁸¹ Para hacernos una idea, la recaudación líquida anual de 2007, según la Agencia Tributaria, fue de 44.823 millones de euros, desplomándose dicha recaudación a los 16.198 millones de euros en 2010. Para hacernos una idea, uno de los datos más recientes, el de 2019 es de 23.733 millones. AGENCIA TRIBUTARIA (2011). *Informe Anual de Recaudación Tributaria*. Madrid: Agencia Tributaria. p.44.

4.1.3. Las contradicciones de los modelos sanitarios con la deriva neoliberal

La Segunda Guerra Mundial, como señalábamos en el Capítulo 1 a la hora de hablar del nacimiento de las Naciones Unidas (1945) y la OMS (1946/1948), supuso un antes y un después donde los Aliados que vencieron al nazismo decidieron unir sus fuerzas para restaurar lo destruido por la guerra y reestructurar un sistema internacional estable y pacífico que impidiera la vuelta de la guerra y una lucha en común contra las potencias derrotadas y desarmadas en caso de que el conflicto reviviera.

De esta forma surgieron en 1944, fruto de la Conferencia Monetaria y Financiera de las Naciones (conocida como la Conferencia de Bretton Woods), instituciones como el Fondo Monetario Internacional (FMI) con la finalidad de administrar el sistema monetario internacional o el BIRF, conocido hoy como Banco Mundial (BM), para ayudar en un principio a las economías europeas devastadas por la guerra mediante la financiación de proyectos y que, después, tuvo la función de financiar el desarrollo.

En consecuencia, las políticas de la postguerra se fundamentaron en el ideario keynesiano de la década de los 30 donde se defendió un “compromiso de clases” entre capital y trabajo (Harvey, [2005]2007, p.17). Un ideario donde la intervención estatal se centró en la política industrial y se aplicaron mecanismos de salario social que favorecían los sistemas de protección social como el sanitario. De esta forma, las actividades del capital se encontraron en “una red de constreñimiento social y político” dando lugar a lo que se conoce como Estado de Bienestar, Estado Benefactor o Liberalismo Embridado (Harvey, [2005]2007, p.17)⁸².

En cambio, a finales de la década de los 60, este sistema que incluía a las instituciones obreras en las decisiones estatales se desmoronó debido al lento crecimiento económico o el envejecimiento de la población. Pierre Rosanvallon ([1995]2007, pp.8-9) sintetizó tres distintas etapas o ámbitos en su quiebra:

- 1) *Orden financiero*: los gastos sociales (el de la salud en especial), crecieron en mayor medida que los ingresos (un 7-8% al año frente a un 1-3%);
- 2) *Orden ideológico*: en la década de los 80 se puso en tela de juicio la legitimidad del Estado en el manejo de los problemas sociales, quedando en duda, como consecuencia, el aparato redistributivo y sus formas de gestión y organización;
- 3) *Orden filosófico*: los principios organizadores de la solidaridad y la concepción de los derechos sociales se desintegraron o fracasaron.

Por matizar en esta última dimensión, según el francés, tras los conocidos “Treinta Gloriosos” (años en los que el Estado de Bienestar tuvo mayor desarrollo, 1945-1975), con el crecimiento de la desocupación y las nuevas formas de pobreza se da inicio a una *nueva cuestión social* donde el declive del Estado de Providencia adquiere un problema de orden filosófico.

⁸² Definida también como “todo el entramado de actuaciones públicas dirigidas a proteger a los ciudadanos (o residentes) de un país de determinados riesgos o contingencias, principalmente el riesgo de desempleo, enfermedad o discapacidad, la pérdida de ingresos asociada a la jubilación o la carencia de ingresos (asistencia social)”. MUÑOZ DE BUSTILLO, R. (2019). *Mitos y realidades del Estado de Bienestar*. Madrid: Alianza. p.15.

Según la tesis del autor, los antiguos mecanismos productores de solidaridad (que se cimentaban con la creación de los seguros sociales o cajas de enfermos y enfermas del siglo XIX) entraron en crisis al separarse los universos de la seguridad social y la solidaridad. En lo concerniente a los derechos sociales, Rosanvallon da una nueva interpretación y los define como “derechos de giro”, como compensadores de Estado de Bienestar que tiene la tarea de indemnizar afecciones coyunturales (como la enfermedad, la jubilación, la invalidez o el desempleo). El Estado de Bienestar profundiza en su crisis cuando los problemas que surgen desde entonces son más estables (Rosanvallon, [1995]2007, p.11).

Ante lo dicho, se intentaron buscar alternativas para volver a las tasas de crecimiento anteriores. Entre todas se impuso finalmente el ideario neoliberal que tiene como una de las primeras demostraciones de su ideario el coloquio Walter Lippmann celebrado en París en 1938. Un foro que tuvo como meta la “reconstrucción neoliberal” y contó con el apoyo de instituciones como el Instituto Universitario de Altos Estudios Internacionales de Ginebra, la *London School of Economics* y la Universidad de Chicago (Laval y Dardot, [2009]2013, p.68).

En cambio, tuvo mayor repercusión la reunión del *Mont Pelerin Society* (MPS) liderada por Friedrich Von Hayek donde personalidades como Ludwig von Mises, Milton Friedman o Karl Popper se reunieron en 1947 en un balneario suizo que toma el mismo nombre de la sociedad (Harvey, [2005]2007, p.26).

La doctrina de este grupo era contraria a la de Keynes y ya en su declaración fundacional se opusieron al intervencionismo estatal cuestionando sobre todo las aportaciones que tenían que hacer los empresarios e inversores al Estado. Por ello, lo que se defendió fue la libertad individual por encima de la equidad. Y es que el *principio de equidad* (pieza clave del SNS) generaba despreocupación e indolencia en la población en lo que a la garantía de sus necesidades se refería porque sabían que el Estado se ocuparía de ello.

De este modo, la desregulación, la privatización de servicios y la reducción de los gastos sociales se convirtieron en mantra en los años posteriores al desmoronamiento del liberalismo embridado (Minué, 2017, pp.100-101). En la década de los 70, bajo la popularidad y el reconocimiento que les dio los premios Nobel en economía a Hayek (1974) y Friedman (1976), este ideario comenzó a tener reconocimiento internacional y surgió, por así decirlo, el *neoliberalismo*, que puede definirse como

[...] una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada fuertes, mercados libres y libertad de comercio. (Harvey, [2005]2007, p.6)

Por lo que sigue, organismos como el FMI o el BM comenzaron a exigir ajustes estructurales a los países endeudados a cambio de ayudas económicas (Harvey, [2005]2007, p.36). El primer país en experimentar estas políticas fue Chile, un territorio donde tras el golpe de Pinochet en 1973, los conocidos como *Chicago Boys* (un grupo de economistas cercanos a las teorías de Friedman y la Universidad de Chicago) se pusieron a cargo de la economía del país para negociar con el FMI dichas ayudas.

Como resultado, se aplicaron políticas de privatización del sector público, los recursos naturales como la pesca o la madera se abrieron a la explotación privada y se fomentó la libertad de comercio y la inversión extranjera (Harvey, [2005]2007, p.15). Para nuestro interés destaca la privatización de la Seguridad Social. Si bien Chile fue el segundo país del mundo en aplicar (con Allende) el modelo Beveridge en 1952, con Pinochet este fue derogado en 1979 y, tras el paso de los *Chicago Boys*, el gasto en atención de salud disminuyó, aumentando la proporción de camas privadas de un 10% a un 25% entre 1981 y 1992 (Lister, 2010, p.38).

Al igual que el pensamiento liberal criticó el sistema de beneficencia en el siglo XIX porque consideraba que la protección de la población pobre absorbía buena parte de la renta del país, las y los neoliberales culparon al sistema de seguridad social de impedir que el mercado funcionara bien y se pudiera obtener una mano de obra abundante y barata (Baquero, 2004, p.27).

Tras estos hechos, visto el éxito chileno, Thatcher en Gran Bretaña (1979-1990) y Reagan en EE. UU. (1981-1989), tras alzarse en el poder, redireccionaron la política de sus países al ideario neoliberal. Un camino que a finales de sus mandatos lo dejaron marcado en el conocido *Consenso de Washington* (1989) a través de estrategias enfocadas en la “reliberalización” de los mercados económicos, su “oligopolización”, la concentración en el poder privado o el aumento del control de las empresas del Estado (Benach *et al.*, 2012, pp.56-57).

Así, tras quedar prácticamente obsoleto el sector industrial como fuente de beneficios, el sector de los servicios cobró importancia y el objetivo desde entonces fue facilitar el acceso del sector privado y someterlas a su control y sus intereses (Baquero, 2004, pp.43-44). El sistema sanitario y la salud terminan por ser mercantilizados, siendo el fin no ya la reducción del gasto público (trasladando a los bolsillos de las y los usuarios el costo de las prestaciones recibidas) sino configurar por completo el sistema para obtener *plusvalía* (Baquero, 2004, p.6).

En este aspecto, destaca el documento que el BM publicó en 1987 (*Financiación de los Servicios Sanitarios de los países en desarrollo: un programa de reformas*), recomendando a los países lo siguiente:

- 1) el traslado del gasto de las prestaciones a los bolsillos de las y los usuarios;
- 2) promover esquemas de aseguramiento para los casos de riesgo;
- 3) utilizar eficazmente los recursos privados; y
- 4) descentralizar los servicios sanitarios públicos (Palomo, 2015, p.123; Huertas, 1998, p.34)⁸³.

Unas recomendaciones que fueron tomadas en cuenta en las reformas posteriores donde buena parte de la financiación pasó a cargo de la población por medio de copagos o tiques moderadores, los hospitales vieron fragmentados sus servicios, la AP se devaluó, los fondos públicos se vieron parasitados por el sector privado y el gasto farmacéutico se contuvo (Palomo, 2015, pp.123-124).

⁸³ Mismo camino que se continuó defendiendo varios años después en el siguiente informe: BANCO MUNDIAL (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Nueva York: Oxford University Press.

La República de Zimbabue es un ejemplo de estas reformas y recortes impuestos tras el asesoramiento del FMI y el BM en 1988. El gasto sanitario se redujo en más de la mitad y el gasto de bolsillo se quintuplicó a lo largo de cinco años. En consecuencia, estas medidas generaron un impacto negativo como la falta de medicamentos (la no disponibilidad), la falta de equipos médicos, el cierre de hospitales rurales o el no acceso a tratamientos como el del VIH de las personas sin recursos (Lister, 2010, p.23).

Por todo ello, podría afirmarse que el neoliberalismo intentó transformar la concepción de la salud y la sanidad pública a través de cuatro estrategias que a continuación citaremos y en las que iremos profundizando a lo largo de este trabajo:

- 1) difundir una ideología de salud basada en el paradigma biomédico, hospitalario y farmacéutico que ponga el acento en los aspectos “tecnológicos” relacionados con la salud;
- 2) caracterizar lo público como “ineficiente”, “poco competitivo” y “derrochador”, señalando que no hay suficientes recursos para todos y que el gasto más racional se lleva a cabo mediante la gestión empresarial y la empresa privada;
- 3) “culpar a las víctimas” (a los enfermos), manifestando el derroche y gasto poco racional que realizan los usuarios; y
- 4) mercantilizar y privatizar la sanidad mediante vías diferentes que tiendan a “tecnocratizarla” y “burocratizarla”, haciendo cada vez más opacos los procesos de propiedad, control y gestión de los recursos públicos (Benach *et al.*, 2012, p.60).

De este modo, los objetivos de la medicina se transformaron con el paso de una biopolítica y medicina social que controla el cuerpo social a una medicina que incluye el autocontrol del individuo (la responsabilidad individual); una medicina que va más allá de las demandas vitales y fomenta algo más, como la patologización de estilos de vida que promueven en la población la necesidad consumista de recibir prestaciones; una medicina que reinterpreta la salud como asunto individual basado en la libertad individual y en la intervención pública mínima; una medicina que ve su gestión, como veremos a continuación, mercantilizada y privatizada a la orden del capital.

4.2. Algunas medidas privatizadoras del sistema sanitario español

4.2.1. Las primeras intervenciones del sector privado

Por aterrizar las políticas neoliberales en el sistema sanitario español, nada más aprobarse la LGS en 1986, el proceso privatizador comenzó a aplicarse en la década de los 90 siguiendo la estela del país británico. Antes y de manera posterior a las indicaciones acordadas en el *Tratado de Maastricht* (1992) donde el déficit público anual no debía superar el 3% del PIB, ni su deuda pública el 60% del PIB, se comenzaron a aplicar una serie de medidas enfocadas a disminuir el déficit público. Entre ellas, destacan, por ejemplo, la separación de la financiación y la provisión, la “empresarización” de los centros públicos o el incremento del sector privado en los fondos públicos (Ruane *et al.*, 2013, p.5; Baquero, 2004, p.51).

Por profundizar, de las diferentes funciones que componen el sistema sanitario (*financiación, cobertura o aseguramiento y provisión de servicios*, vuelva a verse la Figura 7) se podrían clasificar tres tipos de privatización tal y como señalan Lorente y Sánchez Bayle (2019, pp.21-22):

- 1) *La privatización de la financiación*: cuando nos preguntábamos *cuánto* y por parte *de quién*, señalamos que el SNS tiene como base los PGE y rige el *principio de solidaridad* donde todas y todos deberíamos de aportar conforme a la capacidad económica de cada individuo. En este caso, la privatización de estos elementos implica que el gasto sanitario público se vea reducido y el gasto familiar aumente.

Entre los mecanismos que favorecen este traspaso está el sistema de copagos conocido como “ticket moderador”, una solución que se promovió para responder a la racionalización del consumo irracional de medicamentos o mejorar la responsabilidad de las y los ciudadanos (Martín García, 2014b, p.7). Este copago puede corresponder a fármacos, prótesis, ortesis o la utilización de servicios asistenciales como los traslados en ambulancia y suponen un gasto de bolsillo proporcional por su adquisición o utilización. En cambio, ha sido una medida muy controvertida ya que implica un “repago” de los servicios ya pagados en impuestos (los PGE) por parte de la ciudadanía.

- 2) *La privatización de la cobertura o el aseguramiento*: en lo que respecta al *a quién*, ya hemos incidido en la defensa que la LGS hace de un sistema sanitario universal. En cambio, ésta todavía sigue sin lograrse ya que aún quedan bastantes barreras como las señaladas en el Capítulo 2 en la población extranjera.

A su vez, señalábamos que el sistema sanitario tiene una *doble velocidad* ya que aparte de proveer el servicio público a la mayoría de la ciudadanía, también invierte en las mutualidades que permiten que jueces, juezas, funcionarios, funcionarias o militares acudan al sector privado con financiación pública. Por tanto, conectando con el proceso histórico, podríamos señalar que la asistencia sanitaria no se hizo pública por completo. Dicho de otra manera, al pasar los seguros a formar parte de la gestión pública, el concepto de salud no dejó de interpretarse en el imaginario colectivo como un servicio de pago.

Como ejemplo, dentro del proceso de privatización, hay que señalar la paradoja de los seguros sanitarios privados y la desgravación fiscal que muchas veces suponen dichas pólizas para las y los trabajadores (Benach *et al.*, 2012, p.65). Es decir, muchas empresas incitan al aseguramiento privado de sus empleados y empleadas ofreciendo seguros corporativos con precios más bajos que aquellos que podrían obtener si lo contrataran individualmente.

De este modo, se fomenta una medicina privada tradicional donde el perfil mayoritario que consiguen captar estos seguros es gente joven y sana que traen menos gasto y mayor beneficio para las propias aseguradoras (Sabando y Rey del Castillo, 2020, p.464).

Según un informe publicado por Medicus Mundi en 2017, el 20% de la población de Euskadi contaba con un seguro privado (siendo el porcentaje superior en un 33% en Madrid, el 28,3% en Catalunya o el 21,4% en las Illes Balears). En este caso la población entre 25-44 años (junto a las de 45-64) era la que tenía contratado un seguro en mayor porcentaje, destacando que estos seguros aumentaron de 2003 a 2015 un 33%, siendo el incremento en el seguro colectivo de un 165% (un aumento de 90.000 a 240.000 personas) (Martín *et al.*, 2017, pp.57-59).

3) La “privatización” de la provisión de servicios⁸⁴: finalmente, destaca la introducción de los intereses privados en la gestión, los recursos y la propia organización. Ello implica una transformación en el *cómo* se organiza y se ofrece la atención sanitaria. En este aspecto los mecanismos y las variantes son diversas (Tabla 14): tenemos los conciertos que el artículo 90 de la LGS regula estableciendo la prestación de los servicios sanitarios a empresas privadas, pero también, otros mecanismos como las fundaciones, las EBAs (Empresa de Base Asociativa en atención primaria), las concesiones administrativas o las PFI (Iniciativas de Financiación Privada) que a continuación analizaremos y las pondremos en contexto en la historiografía privatizadora.

Tabla 14. Medidas privatizadoras y mercantilizadoras de la provisión sanitaria

Utilización de criterios privados de la gestión manteniendo la titularidad pública	Empresas públicas
	Fundaciones sanitarias
	Entes Públicos
	Sociedades mercantiles públicas
Provisión de algunos servicios por empresas privadas	Conciertos
	Externalizaciones (privatización de servicios de apoyo y/o de actividades concretas)
Privatización de la gestión con titularidad mixta	Consortios
	PFI (Iniciativas de Financiación Privada)
Privatización de la gestión con titularidad privada	Privatización de servicios centrales y alta tecnología
	Privatización de la planificación y el control
	EBAs (Empresa de Base Asociativa en atención primaria)
	Conciertos singulares con empresas privadas para la atención sanitaria de un área de salud
	Concesiones administrativas (modelo Alzira)

Fuente: SÁNCHEZ BAYLE, M. (2014). *La privatización de la asistencia sanitaria en España. Documento de trabajo 182/2014*. Madrid: Fundación Alternativas. p.16.

Por profundizar sobre algunos de ellos, como primera experiencia resalta el *Informe Abril* de 1991. Un informe presentado por la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS que toma el nombre de Fernando Abril (presidente de la Comisión que la redactó) y contemplaba dentro del análisis del SNS medidas partidarias a la privatización como: el establecimiento del mercado y la competencia, la ampliación de los copagos, convertir los hospitales en empresas o favorecer el papel de los seguros.

El motivo principal para la formación de esta Comisión se debía a que en los últimos años la población mayor de 65 años estaba aumentando, los índices de natalidad disminuían y, como resultado, el número de personas activas se reduciría al igual que el recambio generacional. Ante ello, la Comisión se creó en 1990 para analizar “cómo hacer que el dinero que se gasta el país en sanidad cundiera más de lo que cunde, sin provocar tanto descontento y sirviera además para hacer frente a las nuevas necesidades” (García Hernández, 1993, p.15).

⁸⁴ Este caso los autores que analizan las privatizaciones en el sistema sanitario reiteran que “privatizar” según la RAE supone “poner bajo la explotación y administración del sector privado empresas, bienes o servicios que eran de propiedad estatal”. Por ello, en la medida que una empresa, un bien o un servicio siga siendo de titularidad pública no hablaríamos de una privatización propiamente dicha sino de una mercantilización o una “privatización”.

No obstante, la aplicación de estas medidas fueron rechazadas social, política y profesionalmente pese a que en los años posteriores se materializaron y se convirtieron en “hoja de ruta de lo que sería la estrategia de desmantelamiento del sistema sanitario” (Sánchez Bayle, 2013, p.24; 2014, pp.108-109). Aunque cabe añadir que entonces la propuesta tan solo contó con el apoyo de la patronal que estaba estrechamente ligada al equipo de elaboración y redacción del informe (García Hernández, 1993, p.18).

Estas ideas comenzaron a reflejarse con la institución en 1992 de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol (Marbella). Una empresa de titularidad pública que es gestionada privadamente pese a estar constituida por leyes autonómicas y depender del parlamento regional (Sánchez Bayle, 2014, p.14; Sánchez Bayle y Fernández Ruiz, 2019, p.77).

Posteriormente, la *Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general*, posibilitó la participación de las fundaciones⁸⁵ en el sector sanitario. El primer ejemplo de gestión privada que se aprovechó de ésta fue la Fundación el Hospital de Verín (Ourense) en 1995, extendiéndose después a las Illes Balears, Asturias, La Rioja y Madrid sin mucho éxito (Sánchez Bayle, 2014, p.15; Sánchez Bayle y Fernández Ruiz, 2019, p.77).

Después, en 1996, la AP se vio privatizada con las Entidades de Base Asociativa (EBAs), que se traducen en la gestión de un centro de salud por parte de una sociedad limitada o una cooperativa formada parcial o totalmente por las y los facultativos sanitarios. La primera experiencia fue aplicada en el CAP El Remei de Vic (Barcelona) y esta se expandió por Catalunya gracias a la *Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya* (Sánchez Bayle, 2014, p.15; Sánchez Bayle y Fernández Ruiz, 2019, p.77).

Ese mismo año se reguló el *RDL 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD* que en su artículo único permite y da cobertura a la privatización del SNS:

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria podrá llevarse a cabo directamente, o indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho creadas por personas o entidades públicas o privadas, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer además acuerdos, convenios y fórmulas o gestión integrada o compartida. (Jefatura del Estado, RDL 10/1996, 1996)

Un ordenamiento del que se deriva, con un mayoritario apoyo político en 1997, la *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*. Una Ley que en un contexto posterior a la recesión de 1992-1996 configuró decisivamente la posibilidad de las práctica privatizadoras o de Colaboración Público-Privada (CPP) por parte de las administraciones (Tamames, 2017, p.38).

⁸⁵ “[...] las organizaciones constituidas sin ánimo de lucro que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general”. JEFATURA DEL ESTADO (25 de noviembre, 1994). *Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general*. BOE-A-1994-26004. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/boe/dias/1994/11/25/pdfs/A36146-36164.pdf> art.1.

Del mismo modo, con la *Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social*, conforme a lo dispuesto en el artículo 111, las fundaciones públicas sanitarias se incorporaron al conjunto de entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho⁸⁶.

Un año después, se puso en marcha en 1999 el modelo de concesiones administrativas en la comarca de la Ribera Alta (Valencia) a través del Hospital Alzira. Un modelo que consiste en la construcción de un nuevo hospital por parte de una empresa privada en un área sanitaria de la que se hace cargo, siendo, como resultado, la provisión y gestión totalmente privadas (Sánchez Bayle, 2014, p.15).

De manera ulterior, conforme avanzó la transferencia de competencias en salud e higiene a las CCAA, éstas en sus Leyes de Ordenación Sanitaria dieron comienzo a la aplicación de mecanismos privatizadores. En 2007, por ejemplo, se dio inicio al modelo PFI (Iniciativa de Financiación Privada) en la Comunidad de Madrid donde una empresa o un grupo de empresas privadas construyen un centro, lo financian y son las administraciones públicas las que operan en ellas pagando a las primeras un canon durante 20 o 30 años, mientras que el mantenimiento queda en menos de lo privado (Sánchez Bayle, 2014, p.20).

A propósito de los ejemplos señalados, merece especial atención el caso de Catalunya como uno de los referentes en mercantilización sanitaria (donde destacaría también Madrid)⁸⁷. Entre todas las particularidades históricas de este territorio, el sistema mixto de la gestión sanitaria está muy asentado (Benach *et al.*, 2012, pp.66-67)⁸⁸. Tras el traspaso de competencias en 1981 y la LGS de 1986, en 1990 entró en funcionamiento la *Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya* (LOSC) que defendió el modelo mixto y facilitó a través de la *Xarxa Hospitalària d'Utilització* la financiación pública de la provisión privada (Sánchez Bayle, 2014, p.14).

Desde entonces el proceso privatizador se ha mantenido con una larga red de centros semipúblicos con presencia de instituciones locales, grupos privados y eclesiásticos. Unos cimientos que el conocido Tripartito Catalán (2003-2006) tampoco cambió tras entrar en el gobierno y que posteriormente, con un nuevo gobierno y tras el estallido financiero, empeoró con diversos recortes, el cierre de camas, quirófanos, consultas o el incremento de las listas de espera (Benach *et al.*, 2012, pp.66-67).

⁸⁶ Con el *Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud*, se llegaría a cumplimentar el desarrollo reglamentario de lo dispuesto en la *Ley 15/1997* y la *Ley 50/1998*.

⁸⁷ El caso de la Comunidad de Madrid ha sido documentado en: FERNÁNDEZ RUIZ, S. y SÁNCHEZ BAYLE, M. (2019). La privatización en Madrid. En, SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coord.), *Privatización sanitaria: análisis y alternativas*, (pp.93-112). Barcelona: El viejo topo; CAS MADRID (2017). Capítulo 2. Madrid. La privatización de la sanidad goza de buena salud (por desgracia). En, GÓMEZ LIÉBANA, J.A. (Coord.), *Se vende sanidad pública: todo lo que deberías saber sobre la privatización, pero nadie quiere contarte*, (pp.61-92). Madrid: Los libros de la Catarata; GÓMEZ LIÉBANA, J.A. (2010). 7. Madrid, "la sanidad del futuro ya es una realidad". En, CAS MADRID (Comps.), *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*, (pp.129-155). Madrid: Traficantes de Sueños.

⁸⁸ Y es que cabe señalar, por ejemplo, que en 1986 la relación entre provisión privada/pública en Cataluña era de un 70/30%, justamente la opuesta a la del Estado español. SÁNCHEZ BAYLE, M. (2014). *La privatización de la asistencia sanitaria en España. Documento de trabajo 182/2014*. Madrid: Fundación Alternativas. p.14.

En 2011, la Generalitat quiso ahorrar 45 millones de euros a costa del sueldo de 41.000 empleados y empleadas de la sanidad (Balsells, 2011a). Además, en esas mismas fechas se denunciaron diversos fallecimientos como el de Ginés, que con 51 años y una hemorragia cerebral tuvo que esperar 6 días a una resonancia. En otro caso, Cristina perdió su feto de 34 semanas al no poder operarse de urgencia de una infección abdominal por problemas de suministro eléctrico en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) (Balsells, 2011b).

Otra muestra de esta última etapa de deriva institucional es el alquiler o la puesta a disposición de plantas de hospitales públicos o quirófanos al sector privado. En el Hospital de La Seu d'Urgell (Lleida), por ejemplo, según un artículo de 2012 (Visa y Balsells, 2012), la distinción de la sanidad "de ricos y de pobres" quedó reflejada cuando, con una lista de espera de siete meses, una usuaria podría saltárselo y esperar tan solo uno si recurría a un seguro privado. Teresa (como se llamaba la usuaria) de 66 años, se pudo operar del menisco a través de la Mutua Comarcal en un quirófano alquilado en el Hospital de La Seu por un traumatólogo que ejercía en la sanidad pública, pero que también pasaba consulta privada.

Y es que como bien indica el mismo artículo y hemos intentado presentar, el ideario neoliberal defiende que la salud es "un bien privado que depende de uno mismo, y no del Estado". Frase de Boi Ruíz i García (conseller de Salut entre 2010 y 2016) con la que intentó justificar estas mal llamadas "externalizaciones" y donde, además, argumentó que "no hay un derecho a la salud, porque ésta depende del código genético que tenga la persona, de sus antecedentes familiares y de sus hábitos, que es lo que sería el ecosistema de la persona" y que "el usuario debe tener la responsabilidad moral de que cuando no trata bien a su salud la tenemos que pagar entre todos" (Efe, 2011).

Y es que resulta peculiar señalar que, quien fuera conseller de Salut fue anteriormente director general y presidente de *La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials*. Una patronal o asociación empresarial de entidades dedicadas a la prestación de servicios sanitarios y sociales. A su vez, de manera posterior fue contratado por el grupo privado sanitario valenciano Ribera Salud, líder en el desarrollo de iniciativas CPP como el modelo Alzira de la Comunitat Valenciana (Cuquerella, 2018).

4.2.1.1. El sistema sanitario gallego

Por centrarnos y retroceder al caso de Galicia (contextualizando los sucesos descritos en el Capítulo 3), de nuestro análisis se deriva que el no acceso al Sovaldi respondió en su parte al deterioro de su propio sistema sanitario. Por lo dicho, recordando que en 1986 se reguló la LGS, donde entre sus características destacó el SNS y la descentralización de competencias, Galicia las adquirió en 1991 (mismo año que el señalado Informe Abril).

En aquel entonces, el popular Manuel Fraga presidía la Xunta de Galicia en su primera legislatura (1990-1994). La misma que se repetiría en tres ocasiones más hasta llegar a 2005 donde el bipartito de los socialistas y el Bloque Nacionalista Galego, bajo la presidencia de Emilio Pérez Touriño, gobernó la legislatura de 2005 a 2009.

Ante lo dicho, con las propuestas dadas por el Informe Abril y las mayorías absolutas del Partido Popular, Galicia fue una de las pioneras en la aplicación de las estrategias neoliberales en el ámbito sanitario. Como sostiene Martín García (2014a, p.100), este

territorio fue el laboratorio para experimentar con la privatización de los servicios sanitarios públicos, bien a través de fundaciones, sociedades o iniciativas de financiación privada.

A cargo de este cometido estuvo José Manuel Romay Beccaría que en 1991 dejó el puesto de conselleiro de Agricultura, Ganadería y Política Forestal de la Xunta para ser nuevo conselleiro de Sanidad de la Xunta hasta 1996 (año en el que José M.^a Aznar ganó las elecciones en el Estado español e invitó al conselleiro a ser ministro de Sanidad y Consumo durante su primera legislatura)⁸⁹. Por añadidura, siguiendo su estela, podemos situar al actual presidente de la Xunta, Alberto Núñez Feijóo, que lleva en el cargo desde 2009 con cuatro legislaturas y las mismas mayorías absolutas.

Este último ostentó el cargo de secretario general Técnico de la Consellería de Romay Beccaría en 1991, pasando a ser, tres meses después (también hasta 1996), vicepresidente y secretario general del Sergas. A su vez, en el gobierno del Estado español, asumió el cargo de secretario general de Gestión y Cooperación Sanitaria y la presidencia de INSALUD hasta el año 2000.

De manera posterior, entre 2000 y 2001 Núñez Feijóo ejerció de director general de la entidad empresarial pública Correos y Telégrafos donde, tras su privatización, desde junio de ese mismo año hasta 2003 ocupó la presidencia de la Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos S.A. Posición que dejó de un lado para, finalmente, regresar a Galicia y ostentar a partir de 2009 el cargo que tiene en la actualidad.

- i) *Las fundaciones*: consideramos que estas breves líneas curriculares son pertinentes porque en la década de los 90 estas personas fueron las principales responsables políticas de la privatización y mercantilización sanitaria en Galicia. Por enumerar algunos ejemplos (siguiendo la misma línea narrativa realizada con el deterioro del Estado español), en 1995 se puso en práctica, por primera vez, el sistema de Fundaciones amparada por la *Ley 30/1994* que legitimaba la participación privada en fines públicos de interés general. Es decir, aunque los centros eran de titularidad pública, las relaciones dentro de los hospitales podrían ser privadas.

El Hospital de Verín (Ourense) fue el primer caso en Galicia, siendo posteriores los hospitales comarcales de Virxen da Xunqueira (1997, Cee, A Coruña), Barbanza (1997, Ribeira, A Coruña) y Salnés (1999, Vilagarcía de Arousa, Pontevedra). Del mismo modo, autorizado por la *Disposición final única del RDL 10/1996, de 17 de junio*, INSALUD (recordemos quién estaba en el cargo hasta el año 2000) constituyó la Fundación Hospital Manacor (Illes Balears) y la Fundación Hospital Alcorcón (Madrid).

No obstante, como bien nos recordaba Martín García (en este subapartado incluimos las aportaciones recogidas en el trabajo de campo), la movilización

⁸⁹ De manera posterior, entre 2002-2004 y 2012-2018 presidió el Consejo de Estado. El supremo órgano consultivo del Gobierno que tiene la función principal de emitir dictámenes a petición de la autoridad consultante como el presidente del Gobierno o las ministras y los ministros. CONSEJO DE ESTADO (2020). Funciones. [consejo-estado.es](https://www.consejo-estado.es). Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.consejo-estado.es/consejo-de-estado/funciones/>

profesional y social de distintas plataformas consiguió frenar su expansión en ciudades como Madrid.

A su vez, con el nuevo gobierno bipartito se consiguió que estas medidas se revirtieran al sector público. Y es que, pese a ser uno de los “inventos españoles” de la mercantilización sanitaria que no se importaron, por ejemplo, del Reino Unido, algún que otro informe indicaba que su modelo (en comparación a los modelos tradicionales) se basaba en ahorrar costes, consiguiéndolo sobre todo a través de una menor actividad y mayores derivaciones de pacientes a centros de referencia (Sánchez Bayle y Martín García, 2004, p.6).

- ii) *La gestión de la alta tecnología*: siguiendo con la cronología, en 1996 se creó de la mano de Romay Beccaría la empresa pública Medtec como Sociedad Anónima. Conocido como el Instituto Galego de Medicina Técnica, se comenzaron a gestionar de manera privada las especialidades de alta tecnología del área de Vigo (como la cirugía cardíaca, la hemodinámica, las resonancias magnéticas o la radioterapia) (Lores Aguín, 2014, p.86).

Una situación que encareció los servicios ofrecidos. Por ejemplo, una angioplastia que tenía el costo de 768.000 pesetas (4.615 euros) era una cifra más alta comparándola con la clínica privada que sustituyó esta Sociedad (498.000 pesetas) o las 650.000 que se pagaban en Euskadi (Hermida, 1999). Además, la situación laboral del personal fue objeto de protesta porque esta era de carácter mercantil y por ello, no formaban parte del Sergas⁹⁰.

Entre 2008 y 2009 esta Sociedad se reformó y es conocida desde entonces como Galaria. Una institución que pasó a ser gestionada públicamente por el Sergas donde se dio la opción al personal a integrarse en la red pública. Sin embargo, tanto la resonancia magnética como la radioterapia de las áreas de Pontevedra y Vigo se encuentran en manos de la gestión privada. Así, el coste era mayor en las resonancias con un coste de 687 euros, cifra tres veces superior a las de Euskadi (215 euros) o cuatro veces a las de la Comunitat Valenciana (175 euros) (Martín García, 2019, p.120).

El propio Consello de Contas (ente fiscalizador de las cuentas y gestión económico-financiera del sector público gallego) denunció en 1999 su ineficiencia en el Informe de Ejercicio de 1996 del Medtec. Según este documento, la empresa terminó 1996 con unas pérdidas de 32 millones en lugar de los beneficios de 167 millones que prometieron (Hermida, 1999). M.^a Luisa Lores Aguín, radióloga, reconocía que esta situación todavía persistía en la actualidad:

⁹⁰ A esta situación se le añadió el escándalo surgido en 1998 en el Hospital de O Meixoeiro (Pontevedra). En un quirófano del hospital seis personas fallecieron por la infección del hongo *Aspergillus*. El Medtec se encargó en poner en marcha la unidad de cirugía cardíaca del hospital, sin embargo, sus gerentes negaron responsabilidades sobre el quirófano. Mientras que, por el otro lado, el gerente del hospital, Cayetano Rodríguez hacía lo mismo y eludía responsabilidades señalando que el quirófano dependía del Medtec. CARBALLO, J.J. (25 de octubre, 2005). Los imputados eluden responsabilidades en el ‘caso aspergillus’. *20minutos.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.20minutos.es/noticia/59476/0/imputados/caso/aspergillus/>

Y lo mismo pasa con la alta tecnología. Yo soy radióloga. Pues han privatizado su gestión y nuestros equipos no son nuestros, son de Amancio Ortega, o son de Fibus, o son de Varian Medical... es decir, nosotros no somos dueños de nuestros equipos, no somos dueños siquiera de la dosis que damos a nuestros pacientes. Entonces, detrás de todo eso hay también, por ejemplo, el Centro Oncológico de Galicia (que gestiona los datos de pacientes con cáncer de Galicia, el registro) es un centro en terreno público, en un edificio público municipal que está gestionada por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Una Asociación que está en manos de la Banca March, de Acciona y de la familia Oriol. (M.^a Luisa Lores Aguín, 21 de septiembre de 2020)

Si bien en Pontevedra y Vigo la radioterapia está en manos de Galaria, en A Coruña y Lugo está gestionada por el Centro Oncológico de Galicia, un centro (como bien indicaba Luisa) en manos de la AECC que está dirigida por personas vinculadas a grandes empresas y entidades financieras (Martín García, 2019, p.120).

Por ejemplo, hasta hace pocos años la AECC estuvo dirigida por Isabel Oriol Díaz de Bustamante, perteneciente a la familia Oriol que ostenta, gracias a la concesión de Francisco Franco, el Marquesado de Oriol y tiene vinculación y afinidad con los Legionarios de Cristo y su universidad, la Universidad Francisco de Vitoria (Pozuelo de Alarcón, Madrid).

Tras el nuevo Consejo Ejecutivo (puesto que Isabel llegó al máximo del mandato, los 8 años establecidos en el estatuto), Ignacio Muñoz Pidal consiguió la presidencia. Un señor que tiene especial vinculación con la Banca March y la Fundación Seres. Además, una de las vicepresidentas actuales es Inés Entrecanales Franco (casada en 2013 con Pelayo Primo de Rivera Oriol, sobrino de la anterior presidenta).

- iii) *Los conciertos especiales*: en adicción, destaca el Hospital privado de Povisa que comenzó a dar asistencia tras su inauguración en 1973 en Vigo fruto de la sociedad mercantil Policlínico de Vigo, S.A. registrada en 1969. En 1993 firmó un concierto singular con el Sergas que fue renovado en 1996 tras quedar la sociedad en manos del Grupo Nosa Terra XXI (propiedad de José Silveira Cañizares). En el año 2000 acordaron un nuevo contrato que se prorrogaría hasta el 31 de agosto de 2014 (Consello de Contas de Galicia, 2019, p.12).

La *singularidad* de este concierto consistía en que las tarifas por los servicios no eran aquellas determinadas por las normativas. Lo que se acordó entonces fue una retribución sobre una población a atender, determinados objetivos de asistencia por cumplir y el desarrollo de programas asistenciales (Consello de Contas de Galicia, 2019, pp.12-13).

A medida que se fueron renovando distintos contratos, estas características se vieron modificadas cuando en 2014 se negoció por una nueva renovación de 12 años. En este caso, el pago por actividad se transformó a un modelo de financiación capitativa. En otras palabras, al Hospital se le asignó un área de asistencia (compuesto por casi 140.000 personas del área de la ciudad de Vigo y la península de Morrazo) con un fondo anual por cada persona con residencia en estas zonas. Una cantidad que se tradujo en 80 millones de euros de gasto para las arcas públicas (Martín García, 2019, p.120).

Además, cabe señalar que la negociadora entre la Xunta y Povisa fue Rocío Mosquera, persona que ya conocemos por las proclamas que la PGAHC realizó en la manifestación realizada el 1 de marzo de 2015 (“Rocío Mosquera, dimisión por embustera”). Y es que cabe decir, que fue directora xeral del Sergas y anterior gerente del Hospital Nuestra Señora de la Esperanza (perteneciente a Povisa). No obstante, a consecuencia de “los giros que da la vida de ciertas personas concretas”, es gerente de Galaria, sustituyendo a María Luisa Brandt (actual gerente de Povisa) (Martín García, 2019, p.123).

Como recuerdan Vaamonde y Martín García (2020), Povisa fue propiedad de la familia Silveira, la cual controlaba una cuarta parte del tonelaje total de los buques cargueros propiedad de armadores españoles con la Naviera Elcano (privatizada por el Gobierno de Aznar) o Remolcanosa, que contaba con una treintena de remolcadores (X.R.M., 2018). Aunque, recientemente, el Hospital fue adquirido por Ribera Salud (la que nació en Valencia para gestionar el ya señalado Hospital Alzira), pero que hoy pertenece a la aseguradora estadounidense Centene.

- iv) *Las Iniciativas de Financiación Privada (PFI)*: siguiendo en Vigo, el caso del Hospital Álvaro Cunqueiro también es muestra de la privatización, esta vez en forma de colaboración público-privada. Ante la necesidad objetiva de construir un nuevo hospital público para Vigo⁹¹, el gobierno del bipartito aprobó y presupuestó un hospital público con un costo de 400 millones de euros que estaría finalizado para 2013 (Vaamonde y Martín García, 2020).

Sin embargo, al poco tiempo Núñez Feijóo llegó al poder y defendiendo privatizar “todo lo que no sea el núcleo duro del sistema”, siendo asesorado entre otras por la consultora Price Waterhouse Coopers (PwC), promovió la PFI en la construcción del hospital. De este modo, asignaron la financiación, construcción, gestión y explotación de las áreas no sanitarias a una Unión Temporal de Empresas (UTE) lideradas por Acciona y redujeron también los recursos previstos para abaratar la obra, eso sí, manteniendo un canon de 72 millones de euros durante 20 años (Vaamonde y Martín García, 2020).

En lo que respecta a la UTE, esta fue financiada por dos entidades insolventes: la CAM y Bankia (que formaban parte de Ribera Salud). Las mismas que paralizaron el proyecto por falta de fondos que el gobierno gallego tuvo que rescatar (Lores Aguín, 2015, p.105; Sánchez Bayle y Vaamonde García, 2014a, p.39).

A su vez, entre los recortes o las reducciones al proyecto inicial, se suprimieron un 32% de las camas de hospitalización y de quirófanos, el Servicio de Urgencias se redujo en un 50% y el nuevo Laboratorio Central fue anulado (Vaamonde y Martín García, 2020).

⁹¹ Entre los motivos, Martín García argumenta la obsolescencia arquitectónica y la disfuncionalidad del Hospital Xeral, la insuficiencia de recursos por un desarrollo cercenado por intereses privados en el Hospital Meixoeiro, la insuficiencia de espacio y de recursos del Hospital Municipal o la presencia de centro privado de Povisa. MARTÍN GARCÍA, M. (2014a). 4. La financiación público-privada del nuevo Hospital de Vigo. En, VAAMONDE GARCÍA, P. (Coord.), *La salud como negocio*, (pp.100-120). Santiago de Compostela: Edición Laiovento. p.100.

Con este último caso se terminó por favorecer la adjudicación del Laboratorio Central de Galicia que en marzo de 2014 la Xunta concedió a Laboratorios Cerba Internacional, que igual que el Laboratorio Central de Madrid pertenece a Unilabs de CVC⁹² (Lores Aguín, 2014, p.88).

Tras lo dicho, es destacable detenernos brevemente en la figura de la consultora PwC (a la que recientemente le fue adjudicada el centro internacional de emprendimiento que la Diputación de Bizkaia quería implementar en la céntrica torre BBVA de Bilbao). Una consultora con estrechos vínculos con el PP y donde trabajó Luis de Guindos (ex ministro de Economía, Industria y Competitividad y actual vicepresidente del BCE) donde defendían que “en tiempos de crisis es el momento de relanzar la colaboración público-privada” (Sánchez Bayle y Vaamonde García, 2014b, p.46).

Así, durante algunos años publicaron diversos informes donde se trataban, según ellas y ellos, los “temas candentes de la sanidad española”. Por poner un ejemplo, en el informe de 2011 (PwC, 2011) participaron personalidades como Ana María Pastor Julián (exministra de Sanidad y actual vicepresidenta segunda del Congreso de los Diputados), Ignacio Ayerdi (Phillips), Rai Belenes (Capio Sanidad), Alberto de Rosa (Ribera Salud), Jesús María Fernández (ex consejero de Sanidad de Euskadi), Javier Fernández-Lasquetty (exconsejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid y actual consejero de Economía, Hacienda y Empleo de la Comunidad de Madrid), Jordi Ramentol (expresidente de Farmaindustria) o el polémico Boi Ruiz (exconseller de Salut de la Generalitat de Catalunya).

Entre las propuestas dadas pueden encontrarse: la conectividad y los nuevos modelos de gestión de la atención/enfermedad; la telemedicina; la historia clínica electrónica; o las tecnologías de la información/genómica (PwC, 2011, p.6). Temas que sientan la base de la *medicina de las 4 pes*: personalizada (diagnósticos y tratamientos individualizados), predictiva (historia de salud probabilística), preventiva (terapias diseñadas sistemáticamente) y participativa (con énfasis en la participación del paciente) (PwC, 2011, p.7).

- v) *Más ejemplos que impulsan la sanidad como negocio*: del mismo modo, podríamos añadir los contratos de la Xunta con multinacionales en el diseño y la gestión de servicios estratégicos. La Xunta, con la *Ley 14/2013, de 26 de diciembre, de racionalización del sector público autonómico*, legalizó el patrocinio privado de todos los servicios del Sergas.

Así, en 2016 se contrató (por cuatro años renovables) a la multinacional Medtronic a cargo de los servicios de Cardiología de cuatro hospitales (A Coruña, Santiago, Vigo y Lugo) (Vaamonde y Martín Garcia, 2020). Una situación que permitió a la multinacional desarrollar proyectos y probar sus

⁹² *CVC Capital Partners* es un fondo de riesgo británico que tiene 76.000 millones de dólares en activos y es conocido por haber realizado más de 300 inversiones en el mundo entre las que se encuentran participaciones en Naturgy, Deoleo, CLH, Cortefiel o la Universidad Alfonso X El Sabio. CASADO, R. (22 de agosto, 2019). CVC, gigante europeo del capital riesgo. *expansion.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.expansion.com/mercados/fondos/2019/08/22/5d5d969f468aeba8358b45c8.html>

productos en estos centros, utilizando personal, recursos y personas enfermas (Martín García, 2019, p.121)⁹³.

En cambio, lo más preocupante, tal vez resulte ser el papel de las corporaciones que participan en la privatización de la inteligencia y la información. En Galicia es Indra⁹⁴ la que gestiona esta materia y dispone de todos los datos clínicos y analíticos, incluidas la biología y oncología molecular y la telemedicina (Lores Aguín, 2014, p.90). A su vez, las centrales de llamadas también se han visto afectadas. La cita previa está adjudicada a un fondo de capital riesgo (Netaccede) que opera junto a Nova Galicia Banco y las telecomunicaciones corresponden a Telefónica (Lores Aguín, 2014, p.90).

Este poder privado tiene sus repercusiones, por ejemplo, en los casos de marketing de las medicinas o las derivaciones de pacientes:

Lo mismo que la receta electrónica que es una fuente de información valiosísima para las multinacionales farmacéuticas para dirigir sus esfuerzos de marketing, de promoción o de influencia sobre la prescripción de los medicamentos por parte del personal sanitario. En fin, también está el tema de las centrales de llamadas que permiten a las empresas privadas adjudicatarias dirigir a los pacientes o a los hospitales públicos o a los hospitales privados por aquello de las listas de espera. Es algo tremendamente peligroso, porque como es lógico, favorecen a aquellas empresas con las que se tiene buena relación o de las que forman parte ¿no? (Manuel Martín García, 10 de septiembre de 2020)

4.2.2. El estallido financiero del siglo XXI

En lo que concierne a la nueva ola de privatizaciones y recortes, hay quienes consideran que el estallido de 2008 fue uno de los últimos avisos del denominado “estrangulamiento capitalista” (Duch Guillot, 2011, p.7). La *deudocracia*⁹⁵ vino como resultado del enriquecimiento con bienes naturales y públicos, explotar hasta la muerte a trabajadores, ganar dinero con la especulación, inventarse burbujas hipotecarias o canjear capitales financieros ficticios (Duch Guillot, 2011, p.7).

⁹³ Unos aparatos (como marcapasos, respiradores artificiales o prótesis de mamas) que en varias ocasiones han resultado ser defectuosos para las y los pacientes. Se cita incluso de la constancia de reclamaciones por lesiones y muertes que Medtronic tuvo que hacer frente a base de indemnizaciones y multas. MARTÍN, M. (3 de marzo, 2020). El contrato del sistema gallego de salud con Medtronic pone en riesgo a los pacientes. *elsaltodiario.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiario.com/sanidad/contrato-sistema-gallego-salud-medtronic-riesgo-pacientes>

⁹⁴ “[...] una de las principales compañías globales de tecnología y consultoría [...] proveedor líder mundial de soluciones propias en segmentos específicos de los mercados de Transporte y Defensa, y la empresa líder en consultoría de transformación digital y tecnologías de la Información en España y Latinoamérica”. INDRA (2021). Sobre Indra. *indracompany.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.indracompany.com/es/indra>

⁹⁵ “Cuando un país tiene déficit público o cuando requiere de recursos adicionales para financiar un gasto no previsto o presupuestado, acude al recurso del endeudamiento. De la misma manera, cuando las familias, empresas o bancos requieren recursos adicionales, acuden al endeudamiento privado. La deuda de un país es la suma de la deuda del sector público y la del sector privado. Así, llamamos deuda pública cuando quien la contrae es una administración pública [...] La deuda privada es la que contrae una persona física o jurídica privada, es decir, familias, empresas o entidades bancarias.” ISERN, A. y PIÑERO, G. (2011). Glosario. Quién y qué es qué en el mundo de la deuda. En, CAMPAÑA ¿QUIÉN DEBE A QUIÉN? (Coord.), *Vivir en deudocracia: iban un portugués, un irlandés, un griego y un español...* (pp.92-103). Barcelona: Icaria. pp.97-98.

El argumento principal para justificar esta decisión era, en palabras de Mariano Rajoy, que “habíamos vivido por encima de nuestras posibilidades”, que “no podemos gastar lo que no tenemos” (CNN, 2012). Pero más allá del exceso de gasto se nos ocultó que había recursos, el problema estaba en quién se los llevó (Lamata y Oñorbe, 2014, p.19).

El estallido financiero fue, en parte, el resultado de la desregulación del sector financiero junto a la financiarización económica, la codicia y la falta de ética. Dicho de otra forma, por la “gubernamentalidad neoliberal”, una modalidad de gobernanza basada en la generalización del mercado y la competencia (Laval y Dardot, [2009]2013, p.18). Así, se defendió un sistema con transacciones menos limitadas y se instauró en su lugar la competencia entre bancos y fondos (Lamata y Oñorbe, 2014, pp.37-38).

En cambio, esta vía se desmoronó cuando muchas y muchos ciudadanos estadounidenses no pudieron pagar sus hipotecas (concedidas sin garantías suficientes para que devolvieran el crédito), trayendo consigo la quiebra de bancos como Lehman Brothers en 2008 y que muchas empresas no accedieran a la financiación y no operaran debidamente en el mercado (Lamata y Oñorbe, 2014, p.37).

En el caso europeo, Portugal, Grecia e Irlanda, junto al Estado español, fueron los territorios más afectados. Cuatro Estados que históricamente tienen puntos en común como la represión de dictaduras o regímenes autoritarios de derechas, el bajo nivel de ingresos estatales en comparación a la media de la UE-15 y sus altas políticas fiscales regresivas o que las clases más pudientes no pagaran impuestos al mismo nivel que el resto de los países del Norte y del centro de la UE (Navarro, 2012, pp.1-2).

De esta manera, destaca que los partidos socialdemócratas de estos países aplicaron políticas neoliberales reduciendo impuestos a la población más rica y favoreciendo estrategias como la “reliberalización” de los mercados, su “oligopolización” y la concentración en el poder privado. Unas acciones que, al mismo tiempo, respondieron al *Consenso de Washington* donde estos mismos partidos participaron (Benach *et al.*, 2012, pp.56-57).

Por traer a consideración el breve resumen de Vicenç Navarro (2012), el Estado español se vio afectado por el estallido porque, desde un comienzo, a causa de la lógica neoliberal, mientras que en la década de los 80 los ingresos laborales disminuyeron, la riqueza se concentró en la población más pudiente. Como resultado, muchas familias tuvieron que pedir préstamos o créditos para mantener su nivel de vida. Un endeudamiento que los bancos acogieron sin rechazo en los supuestos en los que estas familias pusieran sus casas o domicilios como garantía o aval debido al aumento de su valor (Navarro, 2012, p.4).

A propósito, la disminución de ingresos tuvo sus consecuencias en la demanda y rentabilidad de la economía. La población más rica decidió invertir en el sector inmobiliario (Navarro, 2012, p.4). La desregulación de la banca ya comentada, que ocurrió en 1990, fomentó una burbuja inmobiliaria donde se estimuló la construcción de viviendas y generó aparentemente un crecimiento económico.

En cambio, el trinomio del sector bancario-inmobiliario-constructor estalló cuando la economía se detuvo, mostrando de esta forma el “déficit público estructural” fomentado por las políticas neoliberales (Navarro, 2012, p.3). El Estado español pasó de un superávit del 1,9% del PIB en 2005 a un déficit del 11,1% en 2009 (Navarro, 2012, p.5).

Al respecto, también tuvo su repercusión la entrada en el euro y la eurozona. El papel del Banco Central Europeo (BCE) fue determinante en las consecuencias posteriores al estallido financiero. Un BCE ubicado frente al Banco Central Alemán, que ejerce de lobby para los bancos (especialmente para los alemanes) e imprime dinero, pero no ayudó (lo suficiente) a los Estados en la compra de deuda pública. Como resultado, se favoreció la dependencia de estos países a los mercados financieros.

Los criterios de Maastricht también fomentaron recortes en el déficit español puesto que impedía un porcentaje superior al 3% y el del Estado español era entonces de un 6%. Así, en vez de aumentar impuestos o corregir el fraude fiscal, se realizaron recortes en el gasto público siendo las medidas privatizadoras y mercantilizadoras en el sistema sanitario público una muestra de ello (Navarro, 2015, pp.409-410).

El argumento del déficit vino para quedarse. La preocupación por la situación en el que los gastos realizados por el Estado y las administraciones superan sus ingresos en un año (Isern y Piñero, 2011, p.97). De este modo, el Estado español se endeudó a causa de la acumulación privada y tuvo que acudir al mercado financiero para poder refinanciar su deuda. Las Agencias de Calificación encargadas de marcar el coste de los bonos que refinanciarían esa deuda, en cambio, exigieron *políticas de consolidación fiscal* (Piñero, Chantry y Fresnillo, 2011, pp.11-12).

4.2.3. Las medidas de austeridad posteriores al estallido en materia sanitaria

Por todo ello, tal y como Stuckler y Basu (2013) señalaban, tras el estallido financiero se escogió entre dos opciones (capitalistas):

- 1) la *óptica neoliberal* de la austeridad que interpreta la crisis como resultado de distorsiones del mercado que están localizadas, son sectoriales y temporales y pueden abordarse a través de rescates; o
- 2) la *óptica neokeynesiana* que contempla la necesidad de realizar regulaciones financieras más estrictas y defiende el uso de programas de estímulo económico para mitigar los impactos del estallido (Bagicalupe *et al.*, 2016, p.7)⁹⁶.

Mientras que países como Suecia, Finlandia o Islandia se decantaron por la vía del estímulo económico y la financiación de programas sociales (el último con apoyo de la ciudadanía tras realizar un referéndum en 2010 donde el 93% dijo *No* a las medidas dadas por el FMI); países como Reino Unido, el Estado español o Grecia apostaron por la austeridad apelando a que las deudas había que pagarlas sí o sí, independientemente del coste que podrían generar en términos humanos (Stuckler y Basu, 2013, p.5).

Antes de detenernos en el contexto del Estado español, el caso de Grecia merece especial mención ya que el impacto del estallido fue tan grande que un nuevo gobierno que se posicionó en contra de los recortes tuvo que ceder y permitir que el país fuera o siguiera siendo el laboratorio de las medidas de austeridad. Y es que pese a la

⁹⁶ Una tercera óptica muy distinta es la *neomarxiana* que interpreta el estallido o la Gran Recesión "más que una mera crisis financiera o económica". En los orígenes de esta misma se encuentra la naturaleza del sistema capitalista y la contradicción o el conflicto entre capital y trabajo que se rearticulaba en estos momentos en una "era de austeridad". BACIGALUPE, A. ET AL. (2016). Why is There so Much Controversy Regarding the Population Health Impact of the Great Recession? Reflections on Three Case Studies. *International Journal of Health Services*, 46(1), 5-35. p.7.

movilización ciudadana, el FMI tomó las riendas del país eliminando empleos públicos o aumentando la tasa de paro, de desempleo de larga duración, la pobreza, los suicidios (como el conocido caso de Dimitri Christoulas), la dependencia o el alcoholismo (Stuckler y Basu, 2013, p. XIX)⁹⁷.

Al respecto, Gaffney y Muntaner (2018) relatan lo acontecido en Grecia y lo unen a las repercusiones sobre el sistema de salud, un sistema parecido al español, donde en 1934 ya contaban con un plan de seguros que daba cobertura a algunas y algunos trabajadores, pero no fue hasta 1983 cuando se optó por un Servicio Nacional de Salud. Su análisis marca cuatro ejes que ya hemos tratado de alguna otra forma en este texto:

- 1) *La austeridad del sistema de salud*: tras el estallido, el neoliberalismo marcó la hoja de ruta en las soluciones que había que darle a la bancarrota. Los primeros dos rescates de la Troika por un valor de 240.000 millones de euros trajeron consigo una política de austeridad severa, reduciéndose al 6% del PIB el gasto en salud pública (Gaffney y Muntaner, 2018, p.122).
- 2) *La retirada del universalismo*: en 2011 los siete organismos de Seguridad Social que proporcionaron cobertura a casi toda la población se fusionaron en un solo fondo, el EOPYY. Entre los cambios acontecidos, ofreció la cobertura adicional de tan solo dos años a las personas que perdieron su empleo, generando de esta manera que dos millones de personas perdieran el acceso de manera ulterior.

A su vez, la retirada de la financiación de varios medicamentos en 2012 empeoró la situación. Por todo ello, los centros de Médicos Sin Fronteras o Médicos del Mundo (utilizados de manera habitual por personas extranjeras en situación irregular) se volvieron en punto de referencia para estas personas (Gaffney y Muntaner, 2018, p.123).
- 3) *El aumento del costo compartido*: en 2011 los copagos por medicamentos, las visitas ambulatorias o las hospitalizaciones aumentaron, subiendo de este modo el gasto familiar sanitario. Por ejemplo, en los medicamentos destinados a la diabetes, los copagos encarecieron del 0% al 10% y en los casos de enfermedad coronaria del 10% al 25% (Gaffney y Muntaner, 2018, p.123).
- 4) *La privatización del sistema de salud*: en 2011 el Ministerio de Sanidad griego anunció la reducción de camas en los hospitales públicos a favor del alquiler o la puesta a disposición de las y los pacientes con seguro privado (al igual que un año después se aplicaría en La Seu d'Urgell de Lleida). A su vez, recortó el salario de las y los facultativos y ofreció a cambio, la posibilidad de ver a pacientes del sector privado en los hospitales públicos (Gaffney y Muntaner, 2018, p.124).

Tras estos acontecimientos, en 2015, una coalición de izquierdas llamada Syriza ganó las elecciones. En contra de las medidas de austeridad, esta organización dirigida por Alexis Tsipras prometió la cobertura médica para las y los no asegurados, la

⁹⁷ Un ejemplo específico que tiene relación con nuestro objeto de estudio -recordemos, la exclusión farmacéutica- es, por ejemplo, el abandono de la empresa farmacéutica Novo-Nordisk de Grecia en 2010. Esta empresa abandonó el país porque ya no veía mercado, generando con su marcha más desempleo y la privación de insulina a 50.000 diabéticas y diabéticos griegos. STUCKLER, D. y BASU, S. (2013). *Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Taurus. p.145.

eliminación de los copagos, la contratación de más trabajadoras y trabajadores sanitarios o el aumento de la prestación en la AP.

Sin embargo, tras tensas negociaciones y un referéndum en contra del austericidio, el gobierno dio su brazo a torcer y acordó en verano de 2015 un nuevo rescate por 86.000 millones de euros, generando la división en el partido y nuevas elecciones en las que volverían a ganar en septiembre (Gaffney y Muntaner, 2018, p.125). En 2019, en cambio, pasó a la oposición con una división aún mayor en la formación, ocupando su lugar Mitsotakis, líder del partido conservador Nueva Democracia.

4.3. Las políticas de recortes sanitarias y su impacto en el Estado español

4.3.1. La apuesta por la reducción del gasto público

Ante lo dicho, puede decirse que el Estado español siguió los pasos de Grecia (con sus diferencias) y apostó por la austeridad (incluso, reformando en 2011 el artículo 135 de la CE, anteponiendo frente a cualquier otro gasto público el nuevo concepto de “estabilidad presupuestaria” y el pago de la deuda)⁹⁸.

El gobierno de 2010 recortó 15.000 millones de euros de gasto público y decidió congelar las pensiones para ahorrar 1.500 millones de euros, cuando podría haber obtenido más (2.500 millones) recuperando impuestos prediales que habían sido abolidos, revirtiendo la reducción de impuestos a las personas que ganaban más de 120.000 euros anuales (2.200 millones) o la bajada de impuestos de sucesiones (2.300 millones) (Navarro, 2015, p.410).

El posterior gobierno aumentó la cantidad de recortes en 65.000 millones de euros en 2012. Una decisión que en vez de reducir la deuda, la incrementó de un 37% del PIB de 2007 a un 85% en 2013 (Stuckler y Basu, 2013, p. XV). Por lo tanto, centrándonos en nuestro objeto de estudio, podríamos decir que los problemas de disponibilidad en el acceso a medicamentos (recordemos, definido por el Relatos Especial como la garantía de cantidad suficiente de productos farmacéuticos en el lugar de suministro) incrementaron motivados por los recortes y las medidas austericidas.

Por seguir con los mismos ejes ya descritos por Gaffney y Muntaner (2018), *la austeridad del sistema de salud* (1) puede reflejarse a través de la variación producida en el gasto sanitario total (la suma del gasto sanitario público y el gasto sanitario privado). De esta manera, tomando prestados los datos compilados por Lamata y Oñorbe (2014, p.28), cuando más creció el gasto sanitario público con relación al PIB fue en los años 60, llegando del 0,88% al 2,27%. Una situación que favoreció el desarrollo de la red hospitalaria y ambulatoria.

⁹⁸ Posiciones como esta pusieron en evidencia la debilidad en política social común de la UE. Una política social europea que en el *Tratado de Roma* de 1957 comprometió a los EM en la promoción de la mejora de las condiciones vitales y laborales (art.117) o la colaboración entre ellos en materia de empleo, seguridad social o protección contra los accidentes laborales (art. 118). Siendo relevante en el marco común el *Programa de Acción Social* de 1974 o la *Estrategia de Lisboa* del año 2000 que intentó “hacer de Europa la economía más próspera, dinámica y competitiva del mundo capaz de crecer económicamente de manera sostenible con más y mejores empleos y con mayor cohesión social”. En este aspecto, tras el estallido se propuso revisar de estrategia. Así, surgiría en 2010 la *Estrategia Europa 2020* fundamentada en torno a siete *iniciativas emblemáticas*: la juventud, la economía digital, el empleo, la innovación, la pobreza, el uso eficiente de los recursos y la política industrial.

A posteriori, la evolución fue como una montaña rusa. Desde la década de los 70 a los 80 el PIB aumentó del 2,27% al 4,23% en 1980, frenándose posteriormente debido a la crisis del petróleo o la destrucción de puestos de trabajo hasta 1987. En cambio, a partir de este momento se incrementó hasta llegar al 5,12% del PIB en 1990, pero nuevamente se frenó en esta década aumentando tan solo al 5,16% y creciendo el gasto sanitario privado del 1,39% al 2,05%. Finalmente, a partir del nuevo siglo, aprovechando el crecimiento (que camuflaba la deuda estructural), el gasto sanitario aumentó hasta llegar al 7,12% en 2010 (Lamata y Oñorbe, 2014, p.28).

Desde entonces, y a causa de las políticas de austeridad, se recortó en el gasto público llegándose a cifrar en 2013 el nivel más bajo, un 12,7% inferior a 2009. Y pese a que el PIB subió un 8,6% de 2009 a 2018, Amnistía Internacional demostró recientemente que se recortó en la inversión sanitaria. El gasto sanitario público se redujo en un 11,21%, la inversión sanitaria pública *per cápita* en un 10,54% y el gasto en AP en un 13,1% (Amnistía Internacional, 2020, p.10).

A su vez, entre 2009 y 2018 el gasto sanitario total disminuyó en un 3,25% (véase Tabla 15), siendo el sector más afectado el sistema público con una reducción comparativa del 9,6%; mientras que el privado aumentó en un 16,28% (distribuido en un 20-25% en conciertos y cesión de la atención privada a las y los funcionarios y en un 75-80% a los pagos directos de la ciudadanía). Como resultado, estos datos terminan reflejando que el peso de los intereses privados ha aumentado hasta llegar prácticamente a un 30% frente al 70% del poder público.

Tabla 15. Evolución del gasto sanitario total del Estado español entre 2009 y 2018

	2009	2018	DIFERENCIA
Gasto de las administraciones públicas	75.527 millones de euros (75,41%)	68.270 millones de euros (70,46%)	-7.256 millones de euros (-9,6%)
Gasto privado	24.615 millones de euros (24,6%)	28.621 millones de euros (29,24%)	+4.007 millones de euros (+16,28%)
GASTO SANITARIO TOTAL	100.142 millones de euros (100%)	96.891 millones de euros (100%)	-3.251 millones (-3,25%)

Fuente: AMNISTÍA INTERNACIONAL (2020). *La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018*. Madrid: Amnistía Internacional, Sección Española. p.6.

Sin embargo, aquí viene una de las consecuencias más alarmantes de este deterioro: la privatización y la mercantilización no ha sustituido por completo las prestaciones públicas reducidas. Por ello, no es completamente cierta la afirmación que señala que las medidas de recortes trasladen las prestaciones a los intereses del mercado. No existe un traspaso completo de por sí, sino “un vaciado” que debilita lo público y favorece en el imaginario colectivo la insuficiencia de lo público.

Esto podría explicar el gran aumento de los seguros privados y el interés por parte de la ciudadanía en cubrir previo pago servicios o prestaciones de las que carece la sanidad pública como una rápida atención y cortas listas de espera. De esta modo, la situación de esta deriva fue en muchas ocasiones tan sencilla como reducir o eliminar el gasto en aquellas prestaciones que resultaban difícil trasladarlas a la financiación privada.

Así, se recortó en las retribuciones salariales, se congelaron plantillas (evitando la reposición de los puestos dejados por las jubilaciones) y se deterioró la calidad de las prestaciones aumentando, como muestra, las largas listas de espera que señalábamos previamente (Sabando y Rey del Castillo, 2020, p.457).

4.3.1.1. Su aplicación en el sistema sanitario gallego

Tras la mal llamada “crisis económica” y las decisiones tomadas por el Estado español, Galicia no fue la excepción en la aplicación de recortes y medidas austericidas. Incluso no se negó a la aplicación de la *RDL 16/2012* como otras CCAA. Se estima que entre 2009-2015 los presupuestos se redujeron en un 18,8% (más de 1.000 millones de euros) al igual que con 1.121 plazas del personal (500 del personal facultativo y 184 de enfermería), siendo el principal instrumento para ello las jubilaciones forzadas con tasas de reemplazo solo (o menos) del 10% (Martín García, 2019, p.115).

A su vez, de 2011 a 2017 fueron suprimidas 667 camas, perdiéndose un 6,4%, de las cuales el 83,5% (529 camas) pertenecían a las del sistema público (Martín García, 2019, p.115). De este modo, el número de camas en funcionamiento por cada mil habitantes se redujo de las 3,6 a las 3,34, lejos de los estándares europeos (5 camas por cada mil habitantes) (Vaamonde y Martín García, 2020).

No obstante, la AP fue uno de los sectores más afectados, desvirtuando de este modo la naturaleza del SNS que se fundamentó desde sus inicios sobre ella y sobre una orientación comunitaria. Entre 2009-2015 los presupuestos se redujeron en un 22,3%, dando preferencia al nivel hospitalario (que es más favorable para los intereses privados). Además, hay que añadir la suspensión del *Plan de Mellora* del gobierno del bipartito que propuso la creación de 915 puestos de trabajo (Martín García, 2019, pp.116-117).

En 2009 también se eliminó el *Plan Estratégico en Salud Mental* elaborado por el bipartido y no se presentó ninguna alternativa. En consecuencia, las consultas se encontraron colapsadas con unas listas de espera que afectaban a más de 8.000 pacientes (Vaamonde y Martín García, 2020).

A su vez, tanto esta situación como las privatizaciones y medidas mercantilistas (resumidas en el apartado 4.2.1.1) tuvieron cobertura legal. Entre ellas son tres las que destacamos:

- i) La primera data de julio de 2013, cuando el gobierno del Estado español (liderado por el compostelano Mariano Rajoy Brey) publicó la *Ley 10/2013, de 24 de julio*, que incorporaba directivas europeas en materia de farmacovigilancia y prevención de la entrada de medicamentos falsificados.

En su disposición final quinta se modificaba la *Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud*, declarando que el personal estatutario estaba en servicio activo cuando desempeñaba funciones de gestión clínica. Esto abrió la puerta a la laboralización (la transformación jurídica de las y los empleados públicos) para integrarse en estas unidades (Martín García, Sánchez Bayle y Vaamonde García, 2014, p.137). Dicho lo cual, se promovió la creación de *Áreas de Gestión Clínica* que el gobierno gallego no tardó en constituir.

En relación con ello, la hasta entonces conselleira, Rocío Mosquera, compareció con los consejeros de Madrid y Valencia para reafirmar que era necesario una modificación del sistema retributivo para poder vincularla al rendimiento. De este modo, defendieron el autocuidado, el cuidado de las y los enfermos crónicos en sus domicilios por medios informáticos o la atención telefónica. Una apuesta que terminaría por generar más cierres de camas, eliminación de servicios o supresión de la actividad vespertina (Martín García, Sánchez Bayle y Vaamonde García, 2014, pp.140-141).

Estas medidas coinciden los intereses de otra “selecta” organización, el Club Gertech⁹⁹. Un grupo formado por gerentes sanitarios y altos cargos donde participan la Universidad de Navarra y el Instituto Carlos III (ISCIII) y cuentan con el apoyo de Medtronic, Philips, Roche, la Asociación de Directivos Sanitarios (SEDISA) o el Foro de la Profesión Médica (Lores Aguín, Martín García, Vaamonde García, 2014, p.62).

Un club que tiene como sus cuatro principales intereses:

- 1) la administración de la información almacenada del sistema sanitario público;
- 2) apoyarse en el presupuesto del Estado y de las CCAA para cumplir sus fines;
- 3) obligar al sistema público a adquirir productos costosos de alta tecnología; y
- 4) poner el sistema público en manos del sector privado controlado por los grandes bancos, farmacéuticas, fondos de inversión o multinacionales de telecomunicaciones (Lores Aguín, Martín García, Vaamonde García, 2014, p.72).

En los diversos foros organizados por el Club, algunas de las ponencias versaban sobre: la “Promoción de la medicina personalizada” (presentada por Mario González, el entonces gerente del CHUVI); “Gestión Clínica: creación de valor” (Francisco José Villanova Fraga, el entonces gerente del CHUAC); o “Estrategias para la gestión de la tecnología sanitaria en España” (Pablo Torres, el entonces director general de recursos económicos del Sergas) (Lores Aguín, Martín García, Vaamonde García, 2014, p.78).

- ii) Una de las segundas normativas que favorecen estas intervenciones fue el *Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas* de la Xunta. Un Decreto que garantizó la derivación de pacientes del sistema público a centros privados, sancionando a aquellas personas que no lo aceptaban. Así, a estas se les quitaba el derecho a ser atendidas condenándolas a la espera, sin fecha específica y sin posibilidad de reclamar (Vaamonde y Martín García, 2020).

⁹⁹ “[...] un Club de debate sobre Tecnología formado por un grupo de Gerentes y Altos Directivos Sanitarios y Tecnólogos de Empresas e Instituciones de docencia e investigación” y que de manera reciente publicó *El cambio del Cambio* (2020) para defender su posicionamiento respecto al modelo de gestión sanitaria tras los sucesos de la COVID-19 (profundizaremos en ello en la parte final de la tesis). CLUB GERTECH (2021). Quiénes somos. *clubgertech.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.clubgertech.com/?page_id=49

iii) Para concluir, es necesario citar como tercera medida la modificación de la Ley Galega de Salud a través de la *Ley 1/2018, de 2 de abril, por la que se modifica la Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia*. En esta, las 11 áreas sanitarias se vieron reducidas a 7 suprimiendo los Hospitales Comarcales de las áreas de Salnés, Burela, Verín y Barco de Valdeorras, pasando a depender las y los pacientes de estas regiones de los centros de referencia cercanos (Vaamonde y Martín García, 2020).

Como sostiene Vaamonde (2020a), la atención de proximidad se vio repercutida a favor de una visión que tan solo se enfocaba en los grandes hospitales y la alta tecnología (siempre abierta a los intereses privados). Por ejemplo, una de las polémicas más recientes y que pudimos vivir en Galicia mientras realizábamos nuestro trabajo de campo fue el intento de cerrar el paritorio del Hospital de Verín (situada en una de las áreas suprimidas).

Una decisión que gracias a las movilizaciones profesionales y sociales¹⁰⁰ se terminó por descartar y siguió siendo, a su vez, objeto de protesta en la manifestación del 9 de febrero de 2020 celebrada en Santiago de Compostela.

4.3.2. Análisis del RDL 16/2012

Tras señalar este ahorro en el gasto del sistema sanitario, los siguientes tres ejes -*la retirada del universalismo (2), el aumento del costo compartido (3) y la privatización del sistema de salud (4)*- se vieron representados con el *Programa Nacional de Reformas de 2012* y el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. Una dirección normativa que inició la denominada *contrarreforma* del sistema sanitario español (Lamata, 2020a, p.42).

Si optáramos por analizar las características de esta dirección, nos limitaríamos a describir las cinco medidas más controvertidas: 1) la modificación en la titularidad del derecho a la protección de la salud y la exclusión sanitaria de las personas extranjeras en situación irregular; 2) la exclusión de la cobertura pública de algunas prestaciones sanitarias; 3) la exclusión de la financiación de varios medicamentos; 4) la instauración de nuevos copagos y el incremento de los antiguos; y 5) las medidas de recursos humanos que implicaban el aumento del horario laboral o la limitación al 10% de la cobertura de las plazas que quedaban vacantes (Sánchez Bayle, 2013, p.26).

En cambio, antes de proceder con ellos, cabe señalar que el *Preámbulo* del RDL justificó estas medidas señalando la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual de las prestaciones catalogadas, la falta de adecuación de alguna de ellas a la realidad socioeconómica y la falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema.

¹⁰⁰ En diciembre de 2019, por ejemplo, con lemas como “¡Non aos desmantelamento do hospital!” o “¡O hospital de Verín non se pecha!”, cerca de 10.000 personas (entre ellas alcaldes y alcaldesas del Partido Popular) se concentraron en Verín. MARTÍNEZ, S. (2 de diciembre, 2019). «O hospital de Verín non se pecha». *lavozdeg Galicia.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/ourense/verin/2019/12/01/hospital-verin-non-pecha/0003_20191201C3991.htm

Por ello, se incidió en la “adopción de medidas urgentes” justificando que fueron objeto de aplicación en la mayoría de los países de la UE como, por ejemplo, aquellos que inciden sobre la optimización del gasto farmacéutico. De este modo, se defendió la aplicación de reformas destinadas al refuerzo de la sostenibilidad, la mejora de la eficiencia, el ahorro o la ganancia de la cohesión territorial.

1) *La modificación en la titularidad del derecho a la protección de la salud y la exclusión sanitaria de las personas extranjeras en situación irregular:*

Con el Capítulo I del RDL, formado por un único artículo, se modificó el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Un apartado que en su forma inicial reconocía como titulares de los derechos a la protección de la salud a: i) todas las y los españoles y las y los extranjeros del territorio señalados por el artículo 12 de la LO 4/2000; ii) las y los nacionales de los EM de la UE que tienen derechos reconocidos por el derecho comunitario europeo, tratados y convenio; y iii) las y los nacionales de Estados que no pertenecen a la UE y tienen derechos reconocidos en leyes, tratados y convenios suscritos.

Sin embargo, con este RDL se establecieron como titulares de la asistencia sanitaria pública “a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado” (art. 3.1). Una condición que se cumplía tan solo en los siguientes supuestos:

- a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título. (Jefatura del Estado, Real Decreto-ley 16/2012, art.1.2)

De este modo, este cambio terminó con las aspiraciones del universalismo y retrocedió la cobertura sanitaria a un modelo bismarckiano donde la población tendría la condición de *asegurada y beneficiaria*. Así, se formalizó, como cita Ponce Solé (2013, p.24), una *reversibilidad* en materia de derechos que supuso una vuelta de los contenidos del derecho a una situación anterior.

Se volvió a dejar patente un sistema sanitario de ricos y uno de pobres ya que, conforme a lo dispuesto en el artículo 3.5, se deriva a las personas no aseguradas o beneficiarias (la persona cónyuge o con análoga relación de efectividad de la persona asegurada) a “obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial”.

De hecho, el punto más controvertido del RDL tal vez fuera la *exclusión sanitaria* de las personas extranjeras en situación irregular (salvo en los casos de urgencia por enfermedad grave o accidente, embarazo, parto, posparto o ser menores de edad -art.3 ter-) que no podían cumplir con los criterios establecidos. Una situación que disminuyó la cobertura pública total al 96% de la población y la exclusión de la cobertura de 1.872.972 personas del SNS (Lamata, 2020a, p.42).

Como bien recuerda Lamata (2020a, p.43), el Tribunal Constitucional hizo referencia a este “giro” dejando en evidencia fines contrarios a los marcados en la creación del SNS. Esto se puede leer, por ejemplo, en la STC 139/2016 que desestima el recurso de inconstitucionalidad presentado por el Parlamento de Navarra en oposición al *RDL 16/2012*:

Es cierto que, desde la óptica del principio de universalidad, resulta claro el contraste resultante que se produce entre la nueva regulación de la condición de asegurado y la limitación de la cobertura que resulta de las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012 y el marco normativo preexistente. Supone un giro en la anterior política de progresiva extensión de la asistencia sanitaria gratuita o bonificada, a partir de la creación del Sistema Nacional de Salud. (Tribunal Constitucional de España, STC 139/2016, 2016)

Del mismo modo, volviendo al debate sobre el derecho a la protección de la salud y el bien jurídico de salud, cabe recordar lo señalado por el Tribunal Constitucional cuando avaló con un Auto el levantamiento de la suspensión cautelar de varios artículos del *Decreto 114/2012, de 26 de junio* de Euskadi. Tras ponderar los beneficios económicos asociados al ahorro y el interés de preservar el derecho a la protección a la salud, el Tribunal señaló lo siguiente haciendo mención a la situación de la población extranjera en situación irregular:

[...] verán notablemente afectada su salud [...] lo que repercutirá, no solo en su estado de salud individual, sino en la prevención de la propagación de determinadas enfermedades infecto contagiosas, afectando directamente a la salud de toda la sociedad. (Tribunal Constitucional de España, Auto 239/2012, 2012)

2) *La exclusión de la cobertura pública de algunas prestaciones sanitarias:*

Con el Capítulo II, formado por un único artículo, se modificó el artículo 8 de *la Ley 16/2003* que en su forma original mencionaba que “las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en la sección 2.ª de este capítulo”.

De esta forma, las prestaciones pasaron a incluirse a una “cartera común” dividida por tres modalidades:

- i) *la cartera común básica*, que responde a “las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública” (art. 8bis);
- ii) *la cartera común suplementaria*, “todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria” (art. 8ter); y
- iii) *la cartera común de servicios accesorios*, “aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico” (art. 8quáter).

Así, tan solo la primera cartera estaría cubierta por la administración pública, mientras que las dos restantes estarían sujetas a la aportación o el reembolso individual. De esta manera, mediante esta clasificación específica, el RDL excluyó

de la financiación pública una serie de prestaciones sanitarias como las farmacéuticas, ortoprotésicas o dietéticas (en el caso de los suplementarios) o aquellas que hacen frente a enfermedades crónicas (en el caso de los accesorios).

3) *La exclusión de la financiación de varios medicamentos:*

En el Capítulo IV, el más extenso del RDL, destaca la modificación realizada al artículo 85 de la *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. En el mismo sentido, en el apartado dos del artículo 4 se añadió un nuevo artículo 85bis en el que se señala la dotación de un sistema de prescripción electrónica o receta electrónica. Mientras que el nuevo artículo 85ter introdujo la “exclusión de la prestación farmacéutica de medicamentos y productos sanitarios” regulando la exclusión con los siguientes criterios de motivación:

- a) El establecimiento de precios seleccionados.
- b) La convivencia con un medicamento sin receta con la que comparte principio activo y dosis.
- c) La consideración del medicamento como publicitario en nuestro entorno europeo.
- d) Que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado a través de años de experiencia y un uso extenso.
- e) Por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.
- f) Por cumplir cualquiera de los criterios de no inclusión en financiación pública recogido en el apartado 2 del artículo 89. (Jefatura del Estado, Real Decreto-ley 16/2012, art.4.3)

Una propuesta que siguiendo la interpretación de Sánchez Bayle (2012, pp.181-182) era “un puro y simple recorte” donde se establecían criterios de desinversión motivados en la evidencia o la eficacia que justificaron el criterio de las decisiones políticas para recortar en medicamentos.

4) *La instauración de nuevos copagos y el incremento de los antiguos:*

Por otro lado, en la misma línea y el mismo capítulo, con el artículo 4.13 se añadió un nuevo artículo 94 bis a la *Ley 29/2006* que hace referencia a la aportación “de los beneficiarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria”. En él se establecieron las aportaciones de la persona usuaria a las prestaciones dispensadas por receta médica, en oficina o servicio de farmacia. Es decir, se estableció un copago farmacéutico proporcional al nivel de la renta.

Aquellas personas con una renta anual igual o superior a 100.000 euros aportarían un 60%, las de una renta igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 un 50%, para las personas que no se encuentren incluidos en los anteriores tramos (es decir, con menos de 18.000 euros de renta) un 40% y, finalmente, un 10% para las y los pensionistas (art. 94 bis.5).

En lo que concierne a este último sector poblacional (que estuvo exenta de los copagos desde 1973) se establecieron “topes máximos de aportación” en los supuestos como los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC (Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química) de aportación reducida en un 10%, para las que tenían una renta inferior a 18.000 euros con un límite mensual

de 8 euros, para la población con rentas entre 18.000 y 100.000 una aportación mensual máxima de 18 euros y para rentas superiores a 100.000 la aportación de 60 euros (art. 94 bis.6).

Respecto a este nuevo artículo, la inclusión de los pensionistas al copago farmacéutico supuso un gasto más en la satisfacción de sus necesidades vitales, algo que empeoró su situación previa, y es que más de 4.500.000 personas cobraban menos de 650 euros mensuales de pensión. Además, siendo las personas con más edad las que tienen más complicaciones de salud, los copagos limitaron su acceso impidiendo la satisfacción plena del derecho a la salud y la integridad física (Sánchez Bayle, 2012, pp.184-185).

5) *Las medidas de recursos humanos:*

Para concluir, con el Capítulo V, dividido en tres artículos (arts. 8, 9 y 10), se modificaron ordenamientos como la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*, la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* o la *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud*. Unas medidas enfocadas en la regulación de áreas de capacitación específica o registro de profesionales que poco o nada tenían que ver, como citaba Sánchez Bayle (2012, p.186), con el título de este RDL.

4.3.3. *Consecuencias e impactos de los recortes en la vida de las personas*

Por recapitular, y a modo de síntesis, la *deriva institucional* a la que los intereses privados han llevado la forma de ofrecer y gestionar la asistencia sanitaria puede verse reflejada si volvemos a responder a los principales interrogantes que definen los componentes del sistema sanitario público.

Así, respecto a *quién* da cobertura, el modelo sanitario posterior a la aplicación del *RDL 16/2012* excluía a personas extranjeras en situación irregular de la atención sanitaria generando situaciones como las recopiladas en 2015 por REDER (Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012).

Un ejemplo fue el de Carolina, española de 35 años que vivió en Ecuador (el país de su marido) y donde tuvieron un bebé, pero decidieron volver al Estado español. Su bebé, sin tarjeta sanitaria, sufría de anemia y lo llevaron a urgencias. La sorpresa apareció cuando las profesionales del centro de salud no quisieron atenderle (REDER, 2015).

Otra realidad fue la de Carlos. Natalia Duffy (su hija) relató a REDER las causas del fallecimiento de su padre cuando tenía 66 años. Natalia de doble nacionalidad argentina y española, se mudó de Santiago de Compostela a León por motivos de trabajo. Junto a ella, su padre que vivía con ella y con varias enfermedades crónicas también se mudó, pero tras tramitar ella la tarjeta sanitaria para toda la familia, se la denegaron a su padre a causa de la implementación del *RDL 16/2012*. A partir de entonces, Natalia hizo todo lo posible para que su padre recibiera atención sanitaria:

Hay una odisea, empiezo a golpear puertas y me dicen que no, que no les corresponden, o sea los años que él llevaba anteriores y los tratamientos que él tenía y el seguimiento que él tenía ya no contaban. [...] Sí bien mí papá cuando vino a León no estaba tan mal, al no tener él un seguimiento médico mi papá se deterioró a pasos agigantados. (REDER, 2015)

En lo que concierne a *cuánto* y por parte de *quién* se realiza la financiación, las causas del estallido financiero favorecieron la aplicación de recortes y una reducción del gasto público junto a un aumento del privado. En un análisis realizado por Lamata (2020b, p.133), según la Estadística de Gasto Sanitario Público (del entonces llamado Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social), el gasto sanitario público total disminuyó un 5,6% de 2009 a 2016, concentrándose la mayor reducción en las inversiones (-60%) que generaron la descapitalización del sistema, el deterioro de las instalaciones y el empeoramiento de los materiales.

Si observamos la Tabla 16 y comparamos el gasto sanitario público entre los años 2009 y 2016, destacan algunas diferencias entre los principales componentes de clasificación económica¹⁰¹. Al respecto, en el componente del personal, en este trayecto de 8 años hubo 5,2% menos de gasto, teniendo especial repercusión el área de la AP (-11,13%) en comparación al personal hospitalario (-3,3%). Por el contrario, los conciertos ya analizados en apartados anteriores, que pueden definirse en palabras de Rafael Huertas (1998, p.51) como “la parasitación de lo público por lo privado”, tan solo disminuyeron un 1,8%.

No obstante, tiene especial relevancia, en vinculación a nuestro objeto de estudio, el fracaso en los intentos de reducción del gasto farmacéutico. Según los datos desgranados por Lamata, la Industria Farmacéutica y las y los especialistas caen en el error cuando señalan que el gasto farmacéutico total se redujo en un 3,8% del año 2009 a 2016. Lo cierto es que debido a medidas austerizadas como el *RDL 16/2012* y el copago o los servicios suplementarios y accesorios, el gasto farmacéutico real subió un 5% respecto a los datos de 2009 (Lamata, 2020b, pp.133-134).

Al respecto, puede decirse que el ahorro y la gestión del gasto neoliberal fomentan que la administración se haga cargo en menor medida de la protección sanitaria y aumente en la ciudadanía ese gasto a través de mecanismos como el copago o la exclusión de ciertas prestaciones de la financiación pública. Incluso, podríamos añadir la “normalización” cultural de la medicalización en la que profundizaremos en el último apartado de este capítulo.

Unas consecuencias a las que finalmente se le añade la cuestión relacionada con el *para qué*, es decir ¿qué resultados han generado estas medidas? Pues bien, lejos de la alta esperanza de vida o baja mortalidad infantil que puede haberse conseguido, según algunos estudios, queda contrastado que los recortes han generado consecuencias en la salud mental de la población.

Por comenzar por el marco internacional con el impacto de estallidos previos, Christodoulou y Christodoulou (2013) recopilaron estudios que conectan esta situación con la salud mental de la población. Butterworth, Rodgers y Windsor (2009), por ejemplo, asociaron las dificultades económicas con la depresión en una investigación a través de encuestas realizadas durante dos oleadas en Camberra (Australia).

¹⁰¹ El Ministerio de Sanidad clasifica en este aspecto: 1) la remuneración del personal (que cubría en 2016 un 44,39% del gasto sanitario público total); 2) el consumo intermedio (con un 25,38%); 3) las transferencias corrientes (17,27%); 4) los conciertos (11,12%); 5) el gasto de capital (1,44%); y 6) el consumo de capital fijo (0,4%). RODRÍGUEZ BLAS, M.^a C. (2021). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2019: principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad. p.3.

Tabla 16. Evolución del gasto sanitario público entre 2009 y 2016: comparación de los distintos componentes del sistema

	2009	2016	Dif	Dif %
GSP Total	70.674	66.678	-3.999	-5,6%
Personal	31.336,6	29.689	-1.647,6	-5,2%
Personal Hosp.	20.451	19.775	-676	-3,3%
Personal AP.	8.366	7.435	-931	-11,13%
Consumo Intermedio H.	11.849	14.729	+2.880*	+24,3%
Consu. Int. AP	1.438	1.178	-260	-18%
Conciertos	7.726,6	7.585,5	-141,1	-1,8%
Inversiones	2.693	1.060	-1.633	-60,6%
Farmacia O.F.	13.430	10.878	-2.558	-19%
Farmacia Hos	4.360	6.233,7	+1.843,7*	+43%
Farmacia Total	17.790	17.111,7	-678,3	-3,8%**
Farmacia Real sin 16/2012	17.790	18.514,7	+724,7	+5%**

Fuente: LAMATA, F. (2020b). 4. Financiación sanitaria: suficiencia, distribución justa y eficiencia en el gasto. En, SABANDO, P., TORRES-GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.121-169). Madrid: Díaz de Santos. p.134.

*La mayor parte del aumento de la partida de Consumo Intermedio en Hospitales se debe al aumento del gasto farmacéutico hospitalario, 1.843,7 millones de euros más. El dato para 2016 lo obtenemos de la serie de indicadores de gasto farmacéutico del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Para 2009 el dato es una estimación a partir del gasto farmacéutico hospitalario total del SCS, rubros pro-memoria.

**El gasto farmacéutico público total, sumando gasto en oficinas de farmacia y el gasto en hospitales habría ascendido a 17.111,7 millones en 2016, con una disminución de 678,3 millones, un 3,8%. Pero para tener toda la información hemos de recordar que parte del gasto farmacéutico público se ha desviado a los bolsillos de los pacientes (sobre todo de los pensionistas) a través de los copagos y la desfinanciación de más de 400 medicamentos. La diferencia en gasto farmacéutico particular en oficinas de farmacia entre 2012 y 2016 es de 1.397 millones de euros (pasando de 5.819 a 7.216). Si esta cantidad se suma al gasto sanitario público, es decir, si no se hubiera cargado al bolsillo de los pacientes, el gasto farmacéutico público real total habría sido de 18.514,7 millones de euros (17.111,7 + 1.397), lo que supondría un 5% de aumento, al pasar de 17.790 a 18.514,7 millones, 724,7 millones de euros más.

La relación con los suicidios también se hizo evidente en la población con el nivel socioeconómico más bajo o el desempleo de Inglaterra y Gales. Según Lewis y Sloggett (1998), el desempleo o la falta de seguridad laboral aumentaban el riesgo de suicidios. Unas conclusiones que coincidían con las de Agerbo (2015), quien llegó a afirmar tras realizar una investigación en la población danesa, que no estar empleado a tiempo completo se asociaba con mayores incidencias de suicidios, duplicando o triplicando incluso el riesgo de la población empleada a tiempo completo.

En suma, resulta de especial relevancia el artículo de Stuckler *et al.* (2009) donde se estudió cómo afectaron los cambios económicos de 1970 a 2007 en 26 países europeos. Los resultados reflejaron que el aumento de un 1% de desempleo se asociaba con la

subida de un 0,79% en la tasa de suicidios en personas menores de 65 años. Unos datos preocupantes que, por otro lado, reflejaban que las muertes por accidentes de tráfico habían disminuido un 1,39% o que invertir 10 dólares por persona en programas activos de empleo reducían el efecto del desempleo sobre los suicidios.

Dos estudios que corroboran esta última afirmación fueron, por un lado, la de Ostamo y Lönnqvist (2001) que llegaron a la conclusión de que entre 1989 y 1997 la tasa de suicidios se mantuvo estable en Helsinki; y por el otro, la de Hintikka, Saarinen y Vinamäki (1999), que analizando el ciclo económico en Finlandia entre 1985 y 1995, evidenciaron que la tasa de suicidio aumentó un 20% en los hombres y un 22% en las mujeres durante el repunte económico (entre 1985 y 1990), pero disminuyó en un 13% y un 4% en plena recesión (1990-1994).

En este sentido, estos datos y porcentajes demuestran el mismo impacto si los aplicamos al estallido financiero de 2007-2008. En el artículo de Bacigalupe *et al.* (2016) se recopilan otra serie de trabajos que evidencian las afecciones en la salud de las y los niños, sobre todo en aquellas con las familias más vulnerables (y/o vulnerabilizadas) o en los países con niveles más bajos de protección. Del mismo modo, se hace hincapié en que las políticas activas mitigaron el aumento de suicidios.

Por enumerar algunos de estos trabajos, Rajmil *et al.* (2014) presentaron 22 estudios que vinculaban la salud de las y los niños con los sucesos de 2008. Así, como muestra, esta causó un aumento en la mortalidad infantil de una cifra anterior de 28.000 muertes a una de 50.000 en 2009 en los países de la África Subsahariana (Friedman y Schady, 2013). Incluso en la ya citada Grecia esta mortalidad aumentó un 32% (Vlachadis y Kornarou, 2013).

Además, Toffolutti y Suhrcke (2014), tras analizar 23 países de la UE, asociaron el aumento de un 1% de la tasa de desempleo con la disminución de las causas de mortalidad en un 3,4%, con las enfermedades cardiovasculares en un 3,7%, con la mortalidad relacionada con la cirrosis y la enfermedad hepática crónica en un 9,2% o con los accidentes automovilísticos en un 11,5%.

No obstante, la tasa por suicidios aumentó en un 34,1%. Conclusión también evidenciada por Baumbach y Gulis (2014) tras analizar las cifras del Eurostat de 2000 a 2010 de 8 países europeos. En todos ellos la tasa de suicidio aumentó, aunque con claras diferencias entre los países: en Alemania un 5,3%, en Portugal un 5,2%, en Polonia un 19,3% o en Eslovaquia un 22,7%.

Por otro lado, tal y como hicieron los estudios finlandeses de final del siglo XX, Noström y Grönqvist (2015), tras analizar los datos de 30 países de 1960 a 2012, corroboraron que el vínculo entre el desempleo y los suicidios es modificado por el grado de protección social destinado al desempleo. Políticas de estímulo económico que representan que cuanto más generosa es dicha protección, más débil es el impacto perjudicial sobre la tasa de suicidios.

En lo que respecta al ámbito local, otro estudio señaló que de 2006 a 2010, a causa del fuerte desempleo, la inseguridad, el miedo o la incertidumbre generadas por estas medidas, la depresión aumentó considerablemente un 19,4%, la ansiedad un 8,4% o la dependencia al alcohol un 4,6% (Gili *et al.*, 2012).

Borrell *et al.* (2014), por su parte, señalaban que en 2012 la tasa bruta de mortalidad aumentó en un 3.8% y los suicidios en un 11,2%. A su vez, Bartoll *et al.* (2013) evidenciaron cambios en la salud mental de la población entre los 16 y 64 años comparando los datos de 2006-2007 y 2011-2012. La salud mental, por poner un caso, empeoró en mayor medida en los hombres que tenían entre 35 y 54 años.

Urbanos Garrido y López Valcárcel (2015), además, evidenciaron que el desempleo y el empeoramiento de la salud mental estaban correlacionados, en especial, con las personas que se encontraban desempleadas de larga duración. La ansiedad y el estrés por el futuro, asociado a su situación laboral, podría ser la causa de este impacto negativo en la salud.

En lo que concierne a la población de las y los niños, Rajmil *et al.* (2013) analizaron las condiciones de vida familiar en Catalunya en 2006 y la compararon con la situación de 2010-2012. Según las encuestas transversales realizadas a menores de 15 años, el porcentaje de familias desempleadas aumentó de un 9,1% en 2006 a un 20,6% en 2010-2012. Una situación de los padres, madres y tutores legales que probablemente incidió en la salud de sus hijos e hijas. Así, como ejemplo, los hábitos alimentarios empeoraron y el sobrepeso y la obesidad aumentó de un 18,4% a un 26,9%.

En definitiva, estos datos reflejan en un ámbito general las consecuencias de la vía austericida en el ámbito de la salud. Relaciones entre el desempleo, la inseguridad y el miedo con el suicidio, la mortalidad o el sobrepeso infantil a las que se añade el impacto generado por el deterioro del propio sistema de salud (con las privatizaciones y prácticas mercantilizadoras, el recorte de camas, personal o sueldo, etc.). Dicho lo cual, sin restarle importancia al papel del Estado, los determinantes sociales vuelven a reflejar la relevancia de las intervenciones políticas, económicas y sociales sobre la salud.

4.4. Los (no tan) nuevos peligros en la comprensión de la salud y la medicina

Finalmente, tras recorrer por algunas de las medidas y consecuencias de la mercantilización y privatización iniciadas en la década de los 90, vemos necesario reflexionar sobre otras estrategias sanitarias neoliberales: la defensa del paradigma biomédico y tecnológico; desprestigiar el sistema público como ineficiente y costoso; y culpar a las personas enfermas del derroche público (Benach *et al.*, 2012, p.60). Ya que una tesis que sostenemos es que la lógica mercantilista de la salud (favorecida en parte por el deterioro de la gestión pública que hemos descrito), genera una (no tan) nueva concepción sobre ella que permite y fomenta la exclusión farmacéutica.

Por centrarnos en la primera, vemos conveniente volver a recorrer la noción de enfermedad y salud descrita en el Capítulo 1. Según los documentos historiográficos que tenemos sobre los primeros pueblos, la enfermedad era comprendida como un mal sobrenatural y mágico. Una interpretación que conforme avanzaron los siglos, en la Edad Media, con el dominio del cristianismo, estas concepciones no fueron rechazadas por completo, aunque grandes epidemias requirieron de otro tipo de medidas.

En cambio, desde el Renacimiento los aspectos sobrenaturales se esfumaron y, como diría Descartes, el cuerpo se separó del alma, siendo este ya una máquina o un reloj que “funcionaba mal” por culpa de ciertos engranajes. A partir de este momento, la concepción de la enfermedad se transformó y al final de los siglos XVIII-XIX apareció una medicina moderna que ejercía como estrategia *biopolítica*. Un camino interesado

en la gestión de la vida y sus mecanismos en torno a ciertos intereses como el control de la clase trabajadora y la capacidad productiva.

Si nos detuviéramos hasta aquí, hasta el siglo XIX, resulta pertinente destacar el “enlatamiento de la salud” descrito por el sacerdote, pedagogo, filósofo, historiador y antropólogo austriaco, Iván Illich. Un término utilizado para referirse a la contención de nuestra visión generada por las instituciones. Una situación donde las y los ciudadanos se dejan convencer de que son máquinas (respondiendo a los tintes cartesianos) y cuya duración depende de un proyecto social, convirtiendo de este modo a mucha gente sana en pacientes ansiosos (Illich, [1974]2006, p.166)¹⁰².

El austríaco señaló que las necesidades humanas se ven “cosificadas” o manipuladas por las burocracias convirtiendo, por ejemplo, la sed en la “necesidad de tomar una Coca-Cola” (Illich, [1974]2006, p.61). Como resultado, frente al dolor la principal respuesta resultó ser la *medicalización* (Illich, [1975]2006, p.640).

Al respecto, parece que en la actualidad, el problema del *exceso farmacéutico* es igual o más preocupante que nuestro tema de estudio, justo su lado opuesto. Según datos de la AEMPS (2021), en el Estado español se consumieron de media en 2020 91,03 dosis de ansiolíticos e hipnóticos por mil habitantes/día. Unos fármacos de la familia de las benzodiazepinas (como las conocidas Orfidal, Ativan, Niravam o Valium) que han llegado a la cifra de consumo más alta al menos en los últimos 10 años y convierte al Estado español en uno de los países que más los consume.

Por su parte, Foucault también se centró en comprender y analizar el “despegue” que la medicina tuvo a partir del siglo XVIII ([1974]2018, p.175). En consecuencia, invitó a reflexionar en torno a tres características muy relacionadas con la neoliberalización sanitaria que estamos presentando:

- 1) *La distorsión entre la científicidad y la eficacia*: existen instrumentos médicos que pueden causar efectos nocivos en la persona enferma porque están basados en el campo de las probabilidades y el riesgo. Un ejemplo de ello es el armamento genético de las células que abrió las puertas a una nueva dimensión de

¹⁰² En cambio, estas tesis fueron fuente de críticas. Así, Gintis señaló que la degradación de la sociedad no provenía de la manipulación de las burocracias, sino del funcionamiento normal de estas que se fundamentan en el lucro y el beneficio. Por otro lado, mostró su discrepancia con que el consumismo fuera la causa del “enlatamiento” o la “cosificación”. Según Gintis el consumismo es un producto de la vida cotidiana y no es adecuado partir de esta “socialización” para definir, por ejemplo, la tendencia a consumir medicamentos. Por ello, según su postura, “las técnicas de venta no engendran el fetichismo, sino que refuerzan los valores que adquirimos día a día”. De esta manera, las posiciones frente al sufrimiento, una patología o la muerte responden más bien a un cambio cultural. GINTIS, H. ([1972]1975). Crítica del illichismo. A propósito de La sociedad desescolarizada. En, GINTIS, H. y NAVARRO, V., *Crítica de Iván Illich*, (pp.5-52). Barcelona: Anagrama. pp.14-15.

A su vez, en la misma obra donde se recopilan las observaciones a las teorías de Illich, Navarro señalaba que sus tesis reemplazaban el conflicto de clases por el conflicto entre los de la cúspide (las nuevas élites formadas por la burocracia donde en el punto más alto estaba el experto y en la base la persona consumidora). De esta forma, resumió las tesis de Illich en un conjunto de fines destinados a la desburocratización social, la ruptura monopolística a favor de la libertad de mercado y el énfasis que uno debía destinar a sí mismo. NAVARRO, V. (1975). La industrialización del fetichismo o el fetichismo de la industrialización. A propósito de Némesis Medica. En, GINTIS, H. y NAVARRO, V., *Crítica de Iván Illich*, (pp.53-106). Barcelona: Anagrama. pp.56-57/61/65.

posibilidades médicas sobre la especie humana que el francés llamó *biohistoria* (Foucault, [1974]2018, pp.176-178; [1974]1999, p.353).

- 2) *La medicalización indefinida*: la medicina comenzó a operar fuera de su campo. Por una parte, respondió a razones que van más allá de las demandas de las y los enfermos como el *screening*, que sirve para localizar enfermedades específicas en un gran parte de la población que no lo demanda; por el otro, comenzó a centrarse en aspectos diferentes a la enfermedad (como la sexualidad o el comportamiento sexual a inicios del siglo XX). Por todo ello, la sociedad de los 70 no era ya una sociedad “de la ley” sino una “de la norma” donde lo normal y lo anormal regía en la sociedad (Foucault, [1974]2018, pp.178-179).
- 3) *Economía política o economía de la salud*: como última característica, aunque no fuese un fenómeno reciente (tal y como vimos con la *Medicina de Estado* del siglo XVIII), la salud ya no era tan solo de interés para tener individuos fuertes, capaces de trabajar y garantizar la fuerza laboral. La salud se convirtió en el propio fin ya que se podía obtener beneficio a través de él.

De este modo, el mejoramiento de la salud, sus servicios y su consumo se integraron “en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas” (Foucault, [1974]1999, p.364). Así, el cuerpo humano fue introducido doblemente en el mercado: primero como asalariado que tuvo que vender su fuerza de trabajo; y después como individuo susceptible a la enfermedad, la salud, el malestar, el bienestar, la alegría o el sufrimiento (Foucault, [1974]2018, p.180).

Bajo esta interpretación puede decirse que la medicina moderna comenzó a operar en el riesgo y la probabilidad, un campo más amplio de las demandas que fomentó la medicalización y, bajo los intereses y términos económicos, se sitúa sobre el camino del progreso de la Modernidad. Tras la positivización, generalización, internacionalización y especificación del derecho a la salud, con el neoliberalismo o a partir de la década de los 70 destaca el debate generado sobre el paradigma tecnológico y biomédico.

Un ejemplo de ello es la *medicina genética personalizada* que comprenden “pruebas predictivas que permiten calcular las probabilidades estadísticas de padecer en el futuro alguna enfermedad” (Gómez Liébana, 2017, p.35). Bajo una metanarrativa que tiene “el poder absoluto de definir la verdad”, la investigación genética insiste, como recuerda Valverde Gefaell (2005b, p.10), que ella es la única vía válida posible.

Al respecto, cabe resaltar que esta medicina destinada a personalizar tratamientos mediante los datos genéticos y diseñar, por ejemplo, medicamentos específicos que actúen sobre la enfermedad podría resultar positiva y ventajosa. En cambio, esta información puede ser utilizada en contra del paciente. Por ello, se generan nuevos planteamientos en el derecho y en la bioética relacionados con la intimidad y la propia privacidad (Silveira Gorski, 2007, pp.186-187).

Y es que la propia biotecnología genética ha sido objeto de debate e invita a reflexionar en sociedad sobre una “moralización de la naturaleza humana”. Es decir, si ese “saber” en términos foucaultianos es un “incremento de libertad necesitado de regulación normativa” o “una investidura de poderes para llevar a cabo unas transformaciones que dependan de las preferencias y no necesiten ninguna autolimitación” (Silveira Gorski, 2010, p.181).

La posición del autor concuerda con las que veíamos de Ferrajoli y la importancia del derecho al acceso a los fármacos salvavidas en “la esfera de no decidible” (recordemos, analizado en el apartado 2.2.3). Si tenemos presente la crisis del paradigma constitucional y el debilitamiento de la soberanía a favor de los poderes financieros, la orientación de las investigaciones, prioridades científicas o el calibre de los riesgos no deben de estar solo en manos de científicos, técnicos o expertos. Resulta necesario dejar un lugar a la participación pública (Silveira Gorski, 2010, p.181).

Del mismo modo, de toda esta estrategia surge, como señala Padilla (2019, pp.87-88), la figura del “previviente”: personas que con la certeza de padecer una enfermedad grave intentan evitarla mediante una acción preterapéutica. Parece que con la científicidad basada en las probabilidades, con base empírica, marco teórico que discutir o justificaciones éticas, se da lugar a un espacio desconocido que se comprobará o no en el futuro.

En cambio, el autor advierte del riesgo de dar con un *falso positivo* cuando se confía en los avances médicos que posibilitan estos análisis genéticos (Padilla, 2019, pp.87-88). Para ilustrar esta situación, resulta representativo el caso de una mujer con antecedentes familiares de cáncer de mama que decidió realizarse una prueba genética donde le detectaron mutaciones que indicaban altas probabilidades de padecer la enfermedad. Ante estos resultados, tomó la decisión de que le estriparan ambos pechos. No obstante, mismas pruebas realizadas años después indicaron que los resultados iniciales no estuvieron en lo cierto (Boesen, 2019).

Por todo ello, con este traspaso de superviviente a “previviente” parece que ya no solo rigen aquellos criterios biopolíticos que mencionaba Foucault en la década de los 70. Según Padilla, se ha pasado a una *saludificación* donde es uno o una misma quien es a la misma vez víctima, verdugo y vigilante de los intereses del mercado (Padilla, 2019, pp.85-86). Una concepción trabajada en mayor consideración por Byung-Chul Han que él denomina *psicopolítica*: la técnica de dominio ejercida mediante el control psicológico a uno mismo (Han, [2013]2014, p.78; [2014]2018, p.117)¹⁰³.

Este aspecto resulta ser muy importante: ahora existe un control interiorizado donde según este último teórico cultural, la responsabilidad¹⁰⁴ no pertenece ya al soberano (sobre la muerte), ni al Estado (sobre la vida), sino al propio sujeto. El sujeto de rendimiento intenta sobrevivir en una sociedad donde estamos forzados y forzadas a rendir para ser. La competencia adquiere protagonismo (Han, [2016]2018, p.56). Por lo tanto, con el neoliberalismo la explotación de la clase trabajadora se sustituye a favor de una autoexplotación (Han, [2014]2018, p.17). Una lógica de culpabilización que se inscribe en la “responsabilidad personal” que defenderían las y los partidarios al libertarismo (Young, 2011, pp.33-34).

¹⁰³ Tesis ya sostenida por De la Boétie en el siglo XVI en la crítica hacia la “fascinación”, el “embrujo” o la voluntad de servidumbre de la población, las ciudades y las naciones hacia el tirano o un Estado autoritario. El mismo “que no dispone de más poder que el que se le otorga, que no tiene más poder para causar perjuicios que el que se quiera soportar y que no podría hacer daño alguno de no ser que se prefiera sufrir a contradecirlo”. DE LA BOÉTIE, E. ([1576]2008). *El discurso de la servidumbre voluntaria*. La Plata: Terramar. p.45.

¹⁰⁴ Profundizaremos en detalle sobre esta cuestión en el último apartado del próximo Capítulo 5 y los capítulos finales de la tesis.

De este modo, “como individuo susceptible a la enfermedad, la salud, el malestar, el bienestar, la alegría o el sufrimiento” que señalaba Foucault (1974]2018, p.180), el sujeto moderno interpreta la enfermedad (y el dolor) como un mal evitable. En palabras de Le Breton, tras avances como los efectos de la morfina en el siglo XVIII, la anestesia en el XIX y la expansión de los progresos médicos más allá de las clases sociales más privilegiadas sobre todo en el XX, “para numerosos usuarios el dolor ha perdido todo significado moral o cultural; encarna el espanto, lo innombrable” ([1995]1999, p.206).

En este sentido, como recuerda Madrid Pérez ([2010]2012, pp.121-122), su manejo resulta ser difícil si no se acude a mecanismos técnicos que puedan solucionarlo/prevenirlo. Toda una transformación social y cultural donde comer, viajar, trabajar o estudiar también ha quedado relegado a la mediación tecnológica.

Toda una línea argumentativa con la que concuerda el sociólogo británico Nikolas Rose al presentar el término *ethopolítica*: “los intentos de definir la conducta de los seres humanos actuando sobre sus sentimientos, creencias y valores, en pocas palabras, actuando sobre la ética”. Es decir, “las técnicas por las cuales los seres humanos se juzgan y actúan sobre sí para volverse mejores de lo que son” (Rose, [2007]2012, p.67).

Según el autor, junto al poder político, económico y jurídico, destaca un poder cultural que en el siglo XXI se caracteriza como “la vida en sí” en el que ya no se busca la eliminación de patologías sino la capacidad individual de “controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales” (Rose, [2007]2012, p.25). Por lo cual, los avances tecnológicos parecen ser un arma de doble filo que pueden responder a intereses individuales y/o al bienestar de toda la población dando respuesta a sus necesidades.

Tras lo dicho, Rose se atreve a afirmar que la “medicina” ahora es “tecnomedicina”: “el juicio clínico del médico tratante se ve limitado y restringido por las demandas de medicina basada en datos y la exigencia de usar procedimientos de diagnóstico y prescripción estandarizados y elaborados corporativamente” ([2007]2012, p.28). Como resultado, “las tecnologías médicas no buscan meramente curar la enfermedad una vez que se manifiesta, sino controlar los procesos vitales del cuerpo y la mente” (Rose, [2007]2012, p.48).

En síntesis, en torno a esta *deriva institucional* que transforma los objetivos de la medicina hacia ciertos intereses, es necesario poner en un lado de la balanza los avances médicos que posibilitan que vivamos mejor; y, en el otro, los intentos de alejar a la ciudadanía de la gestión de los mismos a través de su mercantilización y privatización, fomentar a través del poder cultural la medicalización de necesidades impulsivas o limitar y recortar los servicios y las prestaciones sanitarias (siguiendo una lógica parecida a la intervención mínima del libertarismo).

CAPÍTULO 5. LOS PROBLEMAS DE ASEQUIBILIDAD FARMACÉUTICA: REGULACIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

La que podríamos señalar como segunda causa principal de la *exclusión farmacéutica* tiene relación directa con la deriva sanitaria ya presentada: los problemas de asequibilidad farmacéutica. Es decir, las barreras en la falta de accesibilidad económica de los medicamentos. Y es que tal y como pretendemos analizar en este capítulo, los excesivos precios de algunos de estos productos y su protección intelectual (en forma de patentes) han generado dificultades en su administración tanto por parte de las y los usuarios (a causa del aumento de las prestaciones no financiadas públicamente) como por parte de los Estados (que han intentado reducir el gasto farmacéutico y cumplir con los criterios de déficit).

Ante lo dicho, siendo estas las intenciones, daremos introducción a la evolución histórica del medicamento como sustancia utilizada para combatir las enfermedades y los males (5.1. *Los medicamentos y su evolución a objetos patentables*). Un recorrido que, conforme avanzaran los siglos, se transformarían en objetos de intercambio y riqueza, es decir, en mercancía. Por ello, incidiremos en la concepción que describe que en un comienzo se apostó por garantizar una población fuerte/productora para luego, centrarse en buscar una población sana “completa”.

En dicha transición tiene especial relevancia la protección dada a estos productos y/o procedimientos. Una protección del conocimiento y/o “la receta” de un medicamento que da el derecho de exclusividad mediante patente al titular de esta. Una apuesta que, cabe decir, pasó de comprenderse solo como regulación territorial y luego, a escala global con la fundación de OMC a través del *Acuerdo sobre los ADPIC* que desde 1995 obliga a los Estados que quieran formar parte a dar patente(s) a un medicamento durante un mínimo de 20 años. Un acontecimiento que, junto a la lista de medicamentos esenciales señalada en el Capítulo 1, también ha sido objeto de interés por parte de la OMS en la garantía del DAME.

Tras presentar esta evolución, conoceremos el proceso del medicamento desde la investigación y descubrimiento del blanco terapéutico hasta su utilización (5.2. *El proceso del medicamento y su regulación interna*). Un proceso definido como *cadena del medicamento* que ha sido regulado en el Estado español de distintas maneras a lo largo de la historia, siendo actualmente el *RDL 1/2015* el que marca su marco normativo.

En cambio, sobre todo gracias al *Acuerdo sobre los ADPIC*, el poder de las corporaciones farmacéuticas en la cadena ha aumentado, por ello nos detendremos a describir cómo indican los intereses del mercado en el proceso (5.3. *El control del Mercado y la “omisión” de los Estados*). En este sentido, nos centraremos en algunas de las características que vuelven a muchos medicamentos en mercancías singulares u opulentas: sus altos precios. Para finalizar, retrocederemos a las obligaciones y responsabilidades de los Estados que en gran medida reflejan que el citado Acuerdo no es “autoejecutable” y que el derecho a la salud y el DAME, como derechos emergentes se comprenden en un “derecho débil” a la hora de exigir una obligación positiva sobre los mismos que responda a las necesidades vitales de la población.

5.1. Los medicamentos y su evolución a objetos patentables

5.1.1. Las primeras concepciones históricas sobre los medicamentos

El concepto de “medicamento” ha sido reinterpretado a lo largo de los siglos. En la actualidad, según la RAE, el medicamento es una “sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta” (RAE, 2021a). Un significado parecido al establecido en la reglamentación comunitaria que la interpreta como:

- a) toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos, o
- b) toda sustancia o combinación de sustancias que pueda usarse en, o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico. (Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea, Directiva 2004/27/CE, 2004, art.1.1.b)

Mismo proceder que comparte el ordenamiento español para hacer referencia a los “medicamentos de uso humano”:

Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, RDL 1/2015, 2015, art.2.a)

Es decir, a través de estas definiciones se deduce que el medicamento combate la *enfermedad*. Una “alteración más o menos grave de la salud”, según la RAE (2021b), en la que los primeros pueblos, recordemos, la consideraban como un castigo de los dioses por los pecados cometidos. De esta forma, conectado con lo que nos decían los documentos historiográficos sobre la enfermedad, el ejemplo más longevo sobre el uso y la interpretación del medicamento lo podemos encontrar en la sociedades primitivas donde el mago o el hechicero fue el precursor de las y los profesionales de la medicina.

A su vez, en Mesopotamia, Egipto, China o el pueblo hebreo compartían una interpretación parecida de la enfermedad en cuanto a qué era lo que tenían que curar, aliviar o prevenir los “medicamentos”. El objetivo estaba direccionado en ahuyentar estos males utilizándose para ello sustancias tanto de origen vegetal (frutas, verduras, trigo, resinas, aloe, cáñamo), de origen mineral (azufre, arsénico, hierro, cobre) como de origen animal (carnes, vísceras, sangre, bilis de buey, útero de gato) (Gómez Caamaño, 1970, p.16; Escohotado, 1994, p.5; Albarracín, 1984, pp.23-24).

Al respecto, la prescripción más antigua que hace referencia a estas sustancias data de hace más de 4.000 años. Estas son las conocidas tabletas de arcilla de Nippur que podrían compararse también con en el papiro egipcio hallado en Tebas donde se citan más de 500 plantas o los primeros libros chinos *Pen Ts'ao Ching* (Meyer, [1984]1986, p.18; Escohotado, [1989]1998, pp.53/61; Sendrail, [1980]1983, p.40).

No obstante, este espiritismo de los primeros pueblos fue quebrado, en parte, en la Antigua Grecia. Desde el origen del pensamiento helénico, la persona enferma dejó de ser tan solo un organismo pecador (Sendrail, [1980]1983, p.103). La magia y lo sobrenatural dejaron de poseer el monopolio de la definición de la enfermedad y sus

causas y curas comenzaron a entenderse como el resultado de procesos naturales (recordemos la figura de Hipócrates) (Escohotado, 1994, p.13).

En este contexto, los medicamentos estaban influenciados por las de otros pueblos. Aquí, se apostó por el uso la belladona, la mandrágora, el anís, la cicuta, la mostaza, el regaliz o el sésamo, siendo aquellas derivadas de los animales las leches, sueros, grasas o lombrices de tierra y, en el caso de los minerales, las sales de cobre, la creta o la malaquita (Folch Jou, 1957, p.38).

Sin embargo, cabe traer al recuerdo la figura del *pharmakos*. Una figura que aparte de representar tanto el antídoto como el veneno en la cultura griega, representó a una víctima inocente. Como recuerda Madrid Pérez ([2010]2012, p.50), Partenio de Nicea ya describió en el siglo I esta figura que era objeto de ritual un día antes de la fiesta de las Targelias celebrada por las y los milesios poco antes de la primavera.

El ritual consistía en pasear alrededor de la ciudad al *pharmakos* cubierto de ramas verdes. Al final era expulsado de la ciudad, incluso, podría ser lapidado, representando de este modo la absorción del mal sobrenatural; o lo que es lo mismo, cumplía con el papel de *chivo expiatorio*, primero como *veneno* que había que expulsar y luego como *antídoto*, ya que alejaba el mal de la ciudad (Madrid Pérez, [2010]2012, p.50)¹⁰⁵.

En cambio, con el dominio del cristianismo en la Edad Media (siglos V-XV), la religión era quien daba sentido ahora a la enfermedad, la salud y los medicamentos y no la magia, siendo esta última fuertemente satanizada (Escohotado, [1989]1998, p.172). Así, se instauró la redención cristiana donde se interpretaba “el sufrimiento de dios como instrumento salvífico” (Madrid Pérez, [2010]2012, p.50).

Respecto a esta época destaca que los clérigos conformaron la sociedad culta en Occidente, encargándose de concentrar el patrimonio intelectual disponible en los monasterios (Folch Jou, 1957, pp.123/127; Meyer, [1984]1986, p.36). Estos centros de culto contaban con un jardín donde se cultivaban las plantas medicinales (entre ellas, la valeriana, el ajeno, el diente de león o la lavanda) que eran utilizadas enteras o tan solo sus raíces, sus hojas o semillas conforme a lo que indicaban las compilaciones de ciencia médica que detentaban (Mez-Mangold, 1971, pp.64-65).

A su vez, es en el siglo XIII cuando se crean las primeras asociaciones de profesionales y gremios artesanales. En Verona se creó en 1221 un gremio bajo el nombre de *Arte degli speciale*, caso parecido a la *Universitas Aromatarium* de finales del siglo XIV de Roma (Folch Jou, 1957, p.138). Y es que, legislativamente, la separación entre la Medicina y Farmacia ocurrió entre el siglo XII y el XIII, puesto que se consideraba que los conventos eran más idóneos para la preparación de los medicamentos y no para la práctica de la medicina (Folch Jou, 1957, p.133).

¹⁰⁵ Cabe añadir que esta figura la cubrían principalmente los “desechos de la sociedad”: los prisioneros de guerra, los niños y adolescentes solteros o los esclavos e incluso el rey. Por este motivo, el pensador francés René Girard aparte de comparar el ritual con el mito de Medea y el sacrificio de sus hijos, señala que la tragedia de Edipo Rey Sófocles es “incapaz de adherirse al mito e incapaz de repudiarlo”. En este aspecto, recordemos que cuando la peste asolaba Tebas, Edipo ya mató a su padre y se casó con su madre. Para remediar el mal o la epidemia, era necesario expulsar al criminal de ciudad según el oráculo. GIRARD, R. ([1972]2005). *La violencia y lo sagrado*. Barcelona: Anagrama. pp.17-19; ([1982]1986). *El chivo expiatorio*. Barcelona: Anagrama. p.165.

Aunque, cabe incidir en que la separación formal, a nivel amplio, lo conformaron las diferentes regulaciones de 1241 y 1242 dictadas por Federico II en el reino de las dos Sicilias (Gómez Caamaño, 1970, p.74; Mez-Mangold, 1971, p.82). Esta es considerada la Carta Magna de la Farmacia y junto a las reglas dictadas por el pueblo árabe, forman las primeras regulaciones que señalan bajo qué normas debían de elaborarse oficialmente los fármacos (Folch Jou, 1957, p.135)¹⁰⁶.

Después, en los dos siglos de Renacimiento (XV-XVI) destacan cuatro fenómenos que transformaron la utilidad del medicamento y los conocimientos de farmacia:

- 1) Se dio un “humanismo médico” donde la sociedad se posicionó a favor de los conocimientos de la Antigüedad pues no les agradó su actuación hasta entonces “en la Historia de la Humanidad” (Gómez Caamaño, 1970, p.96);
- 2) En 1440 apareció la imprenta. Los escritos antiguos salieron de los monasterios llegando a difundirse todos sus conocimientos a un público más amplio (Meyer, [1984]1986, pp.40/97; Folch Jou, 1957, p.181; Arquiola, 1984, p.103). Por eso, desde el Renacimiento hasta el siglo XIX, el arte de la farmacia descansó en las farmacopeas, descripciones y listas de medicamentos (Meyer, [1984]1986, p.39);
- 3) La moderna botánica llegó a su apogeo y se extendió la labor de la herborización (Arquiola, 1984, p.107). Por ejemplo, los jardines proliferaron en Europa y concretamente, a partir del jardín fundado en París por Nicolas Houel en 1580, apareció la primera facultad de Farmacia (Meyer, [1984]1986, p.38); y
- 4) Las “expediciones” transoceánicas trajeron nuevas materias médicas como la cebadilla, la jalapa, el maíz, el cacahuete o la zarzaparrilla (Arquiola, 1984, p.112).

En lo que respecta a la persecución de la brujería (dentro de esa satanización de la magia), este fue superado, en parte, gracias a dos pasos dados sobre las plantas medicinales: por un lado, entenderlas como algo *prosaico* en vez de sobrenatural; y, por el otro, entender lo *prosaico* como *útil* para la medicina (Escohotado, 1994, p.52). Respecto a este último paso, el papel más destacable a lo largo del siglo XVI fue el de Teofrasto Paracelso, figura que incorporaría las sustancias “espirituales” en la medicina.

Lejos de parecerse a los remedios de la brujería, Paracelso les dio una nueva imagen dispensándolos en forma de jarabes, tinturas o pastillas (Escohotado, 1994, p.52). Además, introdujo a estas sustancias una serie de cuerpos químicos transformando por completo la forma de hacer farmacia (Roldán Guerrero, 1962, p.57).

Estas transformaciones dieron lugar a la iatroquímica, una nueva rama de la medicina que intentaba encontrar causas químicas en las patologías y proporcionar tratamientos efectivos (Mez-Mangold, 1971, p.97; Roldán Guerrero, 1962, p.57; Folch Jou, 1957, p.187; Escohotado, 1994, p.54). Por ello, Paracelso se inclinó en conocer todo aquello que podría curar, siendo *los medicamentos* (el compuesto entre las plantas y la química) y no ya las sustancias o plantas, la solución principal para hacer frente a las enfermedades (Folch Jou, 1957, p.187).

¹⁰⁶ Hay que decir, en cambio, que a nivel local se dictó la separación entre las dos ciencias en 1162 y fue confirmado en 1202 en la villa de Arlés. Los estatutos de Aviñón de 1242 exigían un juramento de fidelidad a los especieros y sus servidores, negando la asociación con los médicos, con hacerles servicios o presentes, o prometiendo la venta de remedios. FOLCH JOU, G. (1957). *Historia de la farmacia*. Madrid: Patronato de Huérfanos de Oficiales del Ejército. p.136.

5.1.2. Los medicamentos como objeto de mercancía

En el siglo XVII las Academias y Sociedades fueron constituidas e impulsaron la investigación científica y la experimentación (Folch Jou, 1957, pp.221-222). El empirismo y las matemáticas se unieron y la razón adquirió un estatus semejante a la fe (Gómez Caamaño, 1970, p.142). Es decir, las y los científicos dejaron de creer en la Providencia sustituyendo la fe por la razón (Cappella, [1997]2008, p.134).

En este contexto, el arte de la Farmacia comenzó a adquirir cierto estatus. Muestra de ello, en lo que a la legislación española se refiere, una Orden de 1617 incrementó el rigor de las inspecciones en las boticas prohibiendo a los protomédicos (aquellos asentados en el escalafón más alto) dar licencias a quienes no fueran médicos o boticarios. Por su parte, el Papa Inocencio XI prohibió en un Breve de 1678, rompiendo la tradición, tener y preparar fármacos a las órdenes religiosas. Aunque, permitió el ejercicio de la farmacia en beneficio de las y los religiosos pobres y las y los bienhechores (Folch Jou, 1957, p.234).

Junto a las muchas disposiciones en las que se comienza a reconocer esta posición, merece alusión la dictada por Felipe IV en 1650. La Farmacia se declaró como un “Arte Científico”, un reconocimiento que supuso la transición de la contribución gremial y el arte artesanal a un arte profesional a la altura de la burguesía. De este modo, quienes ejercían la profesión farmacéutica comenzaron a compararse con “los hombres de la Ciencia” (Folch Jou, 1957, p.236).

En la misma dirección, esta ciencia racionalista y empirista siguió transformándose y Academias como las de Londres, Berlín o París adquirieron gran fama como espacios de aprendizaje donde compartir distintos conocimientos (Folch Jou, 1957, p.307). Como resultado, nuevos descubrimientos y teorías químicas surgieron de estos espacios. Entre ellas destaca el papel que tuvo Antoine-Laurent Lavoisier en el pleno siglo XVIII con su trabajo sobre los elementos químicos naturales, ya que aportó un gran paso para la biología (Meyer, [1984]1986, p.46).

Por retomar los principales elementos trabajados en la filosofía griega (fuego, agua, aire y tierra), Lavoisier afirmó que estos provenían de elementos químicos más pequeños como el oxígeno y el hidrógeno en los casos del agua y del aire. A su vez, realizó estudios sobre la composición del óxido metálico, el ácido y el gas carbónico (Meyer, [1984]1986, pp.46-47)¹⁰⁷.

Ya en la Ilustración, los burgueses, aristócratas y académicos intentaron “iluminar” la Humanidad y huir de los dogmas de la Edad Media (época que según ellos y ellas no trajo avance alguno y detuvo la evolución generada en la Antigüedad). De esta manera, con el nacimiento de la medicina moderna y la introducción de la vida en las previsiones, cálculos y tareas del Estado, se fomentaron *políticas de salud*: el punto de cruce de una nueva economía de la asistencia y una gestión del cuerpo social en su materialidad (Foucault, [1979]2012, p.217).

¹⁰⁷ Sin embargo, como recuerda Engels en el Prólogo al Libro Segundo de El Capital que se encargó de publicar tras la muerte de Marx, al igual que ocurrió con Marx en torno a la teoría del plusvalor, Lavoisier, pese a ser considerado “el *descubridor* del oxígeno”, Priestley y Scheele lo *obtuvieron* antes sin saber *qué* era. ENGELS, F. ([1885]2021). Prólogo. En, MARX, K. ([1885]2021). *El Capital: crítica de la economía política. Libro Segundo: el proceso de circulación del capital*, (pp.17-35). Madrid: Siglo XXI. pp.30-31.

Por enfatizar en algunos de estos avances, resulta sorprendente afirmar que la Industria Farmacéutica surgió a la sombra de los colorantes, los cauchos, los plásticos o las fibras textiles artificiales (Meyer, [1984]1986, p.73). En el siglo XVIII, por ejemplo, sobre las orillas del Rin la Industria del tinte y los colorantes fomentó el estudio de la química orgánica para buscar nuevos colores para el textil.

La corporación farmacéutica Bayer, por ejemplo, que entonces se enfocaba en la síntesis de colorantes, dio el salto en 1888 y comenzó a producir a gran escala fármacos como la fenacetina y el sulfonal (Escohotado, 1994, p.78). Un mercado que se expandiría aún más con la elaboración de medicamentos industriales vendidos en forma de especialidades (con nombre comercial y envase propio) como el ácido acetilsalicílico, la todavía hoy conocida como Aspirina (Velásquez, 2017, p.6).

De esta forma, como diría Marx ([1867]2021, pp.460-461), queda representado el papel que tuvo la máquina-herramienta en la Revolución Industrial y sus consecuencias en la fuerza de trabajo y en el modo de producir hilo que se trastocó a otras esferas como esta. La hilandera mecánica propulsada, por ejemplo, por la fuerza hidráulica, “creó la necesidad de la tejeduría mecánica, y entre ambas hicieron necesaria la revolución quimiomecánica en el blanqueado, el estampado y la tintorería”.

Como resultado, la Industria Farmacéutica crece con la presencia de la máquina-herramienta, sustituyéndose el tradicional almirez o mortero utilizado para triturar los componentes medicinales por el molino de Menier o el tambor de pulverización de Petit. De este modo, para finales del siglo XIX, muchos medicamentos pasaron de producirse en el laboratorio de la oficina a la manufacturación a gran escala. La Industria Farmacéutica nació y la Farmacia se industrializó (Folch Jou, 1957, pp.350-351).

Además, nuevos fármacos puros fueron descubiertos como la morfina (1806), la codeína (1832), la atropina (1833), la cocaína (1860), la heroína (1883) o los barbitúricos (1903) (Escohotado, [1989]1998, p.310). Nuevos componentes que, por destacar la la morfina, ésta fue utilizada en la guerra civil americana o guerra de secesión (1861-1865) y la guerra franco-prusiana (1870-1871) para que los hospitales de campaña poblados por los aullidos y llantos de dolor se convirtieran en recintos silenciosos donde el sufrimiento era calmado (Escohotado, 1994, p.77).

Como señalaba Foucault ([1974]2018, pp.178-179) al referirse a la “medicalización indefinida”, la medicina de este siglo influyó más allá de los padecimientos. Ya no eran tan solo gente enferma la que acudía a las y los especialistas farmacéuticos, sino personas sanas que querían preservarse frente a enfermedades infecciosas. En este sentido, la demanda de fármacos aumentó. Ahora eran la *norma* y como muchos nuevos remedios no eran fáciles de preparar, resultó inviable fabricarlos si no era con cierta antelación ya que había que esterilizarlos y almacenarlos cuidadosamente. Por eso, la técnica tradicional de las oficinas resultó ser insuficiente¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Junto al papel y la importancia que desde entonces las farmacéuticas dieron a la propaganda (con dibujantes y escritores y escritoras que daban a conocer los productos), podría añadirse que los seguros obligatorios de finales del siglo XIX iniciados con las cajas de enfermos de Bismarck, “despertaron” en la población obrera un primer contacto con aquellos remedios a los que históricamente nunca pudieron acceder por la cuestión de clase. Lentacker, por ejemplo, analiza el fetichismo de los medicamentos en la Austria de 1888-1920. LENTACKER, A. (2019). The Drug Fetish: Capitalism, the Mass Press, and the Body of Worker in Austrian Socialism, 1888-1920. *The Journal of Modern History*, 91(1), 38-73.

Así, con el auge de los fármacos, ya como indiscutible mercancía, la *propiedad intelectual* adquiere protagonismo. Como recuerda Wong Ramírez (2012, p.135), gracias a las interpretaciones de John Locke, el ideario modernizador se nutriría de la interpretación que comprende que cualquier recurso o bien común y natural que pasa por el trabajo o la labor del individuo es propiedad individual.

Desde de una visión naturalista (que pudimos conocer a la hora de describir las diversas “escuelas” de derechos humanos, apartado 2.2.1. *Las principales “escuelas” de los derechos humanos*), Locke, en su *Segundo tratado sobre el gobierno civil* ([1690]2004, p.55), señalaba que las personas “tienen derecho a su autoconservación y, en consecuencia, a comer, a beber y a beneficiarse de todas aquellas cosas que la naturaleza procura para su subsistencia”. Una naturaleza que, a su vez, se interpreta como dada por Dios “a toda la humanidad para que ésta participe en común de ella” (Locke, [1690]2004, p.55). Por tanto, los medios y posesiones de subsistencia son dados por Dios y compartidos en común.

Siempre iniciando de unas posesiones comunes, según Locke, la propiedad privada surge con el trabajo que esa persona realiza sobre aquello que le deja la naturaleza: “Cualquier cosa que él saca del estado en que la naturaleza la produjo y la dejó, y la modifica con su labor y añade a ella algo que es de sí mismo, es, por consiguiente, propiedad suya” ([1690]2004, pp.56-57).

De esta manera, las plantas y recursos minerales, en su vínculo con la química y la habilidad de la mente humana, se vuelven en propiedad individual de aquella persona que descubre o inventa cierto producto o tratamiento. No obstante, los medicamentos no fueron objeto de este derecho en el ámbito nacional hasta principios del siglo XX y en el ámbito internacional hasta finales del mismo siglo.

Las primeras concepciones sobre la propiedad intelectual tan solo eran relevantes para la nación que las concedía, en el sentido que se aplicaba en el territorio (y se podía ampliar internacionalmente si había un acuerdo con otras naciones) (Ramos Toledano, 2017, p.67). Por poner un ejemplo, las primeras patentes (una de las formas de propiedad intelectual) tienen su origen en un edicto del 19 de marzo de 1474 de la República de Venecia, pese a que ya se aplicaban desde 1406.

Como reflejo, el primer registro histórico de un documento parecido a una patente corresponde a esta última fecha. En Florencia, en el sector de la industria de la lana, ofrecieron a Guerinus de Mera (un artesano milanés), un contrato donde a cambio de permitirle instalar su fábrica y enseñar el arte de hacer cerdas de alambres de acero, sus aprendices no podían ejercer el oficio durante un determinado tiempo (Wong Ramírez, 2012, p.165).

En otro ejemplo, la monarquía isabelina utilizó las patentes como “privilegio real que permitía practicar monopolios de explotación comercial sobre un recurso” con el *Estatuto de Monopolios* de 1623 (Wong Ramírez, 2012, p.167). Toda una lógica ampliada a EE. UU., Alemania, Austria o Francia entre 1850-1854 (Ortega Gómez, 2011, p.35) donde el fin no consistía en proteger la figura del autor, su dominio sobre su obra o garantizar el acceso al resto de individuos, sino controlarla o censurarla (Ramos Toledano, 2018, p.43).

El primer acuerdo internacional en unir los intereses de varios países fue el *Convenio de París para la Protección de Propiedad Industrial* de 1883. Once países, entre ellos el Estado español, convinieron un acuerdo frente al temor y la situación de vulnerabilidad en la que se encontraban frente a la copia de las invenciones y las falsificaciones (Ortega Gómez, 2011, p.39).

La propiedad industrial regulada en el Convenio tuvo como objetos los modelos de utilidad, modelos industriales, marcas de fábrica o dibujos (art.1.1), ampliándose la protección a las industrias agrícolas y extractivas y los productos fabricados o naturales como el vino, los granos o las hojas de tabaco (art.1.2). Una protección, que recordemos, no incluía todavía a los medicamentos y favoreció un “trato nacional” garantizando un trato igual a las y los extranjeros de otros países de la Unión (art.2).

Y es que, cabe resaltar que pese a ser una mercancía con fabricación e intercambios a gran escala, los medicamentos y sus fórmulas todavía no entraron en la idea de propiedad individual. Hasta entonces los medicamentos todavía se consideraban un *bien social*, una mercancía social enfocada en lo común (Galvéz Zaloña y Lamata Cotanda, 2019, p.13). Por ejemplo, la editorial del *American Journal of Public Health*, señalaba que: “Una de las glorias de la profesión médica ha sido que los descubrimientos para la mejora de la humanidad y el alivio del sufrimiento han sido ofrecidos siempre libremente a la gente” (AJPH, 1926).

Unas ideas que concuerdan con la conocida decisión y respuesta que Jonas Edward Salk, responsable de presentar la vacuna de la poliomielitis¹⁰⁹ en 1955, dio a Edwars Murrow tras preguntarle éste quién tenía la patente de dicha vacuna. Él respondió: “Bueno, la gente diría yo. No hay patente. ¿Podrías patentar el Sol?”. Una decisión con la que facilitó su producción a escala global y el acceso para que millones de personas pudieran prevenirse de adquirir el virus y por la que se llegó a estimar que Salk dejó de ganar por la patente siete billones de dólares (Prabhu, 2012).

Por desgracia, esta posición fue una de las pocas excepciones¹¹⁰ ya que a comienzos de siglo los medicamentos empezaron a cambiar de concepción. En EE. UU., en la primera mitad del siglo XX, los fármacos se regularon con la *Pure Food and Drug Act* (1906) que buscaba prevenir su adulteración, mal etiquetado, su toxicidad y controlar el tráfico de estos. En la misma Ley se dio lugar al inicio de la constitución de la FDA (*Food and Drug Administration*) como agencia estatal responsable de su regulación, siendo precursora de otras agencias que ya hemos presentado previamente como la EMA europea o la AEMPS española

¹⁰⁹ “La poliomielitis es una enfermedad muy contagiosa causada por un virus que invade el sistema nervioso y puede causar parálisis en cuestión de horas. El virus se transmite de persona a persona, principalmente por vía fecal-oral o, con menos frecuencia, a través de un vehículo común, como el agua o los alimentos contaminados, y se multiplica en el intestino. [...] Una de cada 200 infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de las piernas), y un 5% a 10% de estos casos fallecen por parálisis de los músculos respiratorios”. OMS (2019b). Poliomielitis. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>

¹¹⁰ Donde podrían encontrarse también como tecnologías no cubiertas por patentes la conocida Máquina de Turing de Alana Turing o el modelo de desarrollo de software Código abierto. STIGLITZ, J.E. (2008). Economic Foundations of Intellectual Property Rights. *Duke Law Journal*, 57(6), 1693-1724. p.1687.

En este aspecto, estos hechos favorecieron que grandes corporaciones farmacéuticas dejaran de comercializar productos básicos y se pasaran a las especialidades protegidas mediante patente como los casos de la penicilina y la estreptomina (Velásquez, 2017, p.7; Lobo, 1989, p.4). Un ideario al que siguieron otros países europeos como Inglaterra (1949), Alemania Occidental (1967), Francia (1968), Suiza (1977) o Italia (1980) (Lobo, 1989, pp.4-7).

En el caso del Estado español esto ocurrió en 1986 aunque no comenzó a ser efectivo hasta 1992. Y es que antes, al igual que lo señalado en la Editorial norteamericana de 1926 de la AJPH, en el *RDL de 26 de julio de 1929* se regulaba (art. 48.2) que las fórmulas farmacéuticas y medicamentosas no podían ser objetos de patentes (Gálvez Zaloña y Lamata Cotanda, 2019, p.13; Ortega Gómez, 2011, p.37).

En oposición, esta situación no fue de acomodo para algunos países porque el mercado era flexible en cuanto había competencia y varios países no aplicaban todavía las patentes a estos productos. EE. UU. con su experiencia y poder en la materia giró por completo la condición del medicamento con la defensa del *Acuerdo sobre los ADPIC*. Un acuerdo internacional que debía aceptar cualquier país que quisiera formar parte de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y suponía el deber de dar patente a los medicamentos durante 20 años (Lamata Cotanda *et al.*, 2017, p.81).

Como resultado, tal y como clasifica Drahos (1997, p.202), se da comienzo a una etapa *global* en materia de propiedad intelectual tras el paso del periodo territorial al internacional con el *Convenio de París*. Al igual que la OMS, este Acuerdo venía precedido por la segunda posguerra y se situó en uno de los objetivos establecidos para recobrar la economía: la organización del comercio internacional de mercancías. Y es que, junto a los ya conocidos FMI y BM que surgieron en 1944, la OMC (de la que forma parte el *Acuerdo sobre los ADPIC*) se creó a finales del siglo XX precedida por el *Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio* (GATT) de 1947 que se marcó como objetivo la promoción de una liberalización continuada del comercio internacional.

Para cumplir con este objetivo, fue necesaria la institución de procedimientos que permitieran realizar dicha negociación. Entre 1947 y 1994 se celebraron varias reuniones conocidas como "Rondas" (Tabla 17). De todas ellas damos especial relevancia a la Ronda de Uruguay, de la que saldrían la OMC y el *Acuerdo sobre los ADPIC*. Y es que, en la década de los 80, el sector de los servicios cobró importancia e interés e implicó una renovación del GATT puesto que su normativa era insuficiente al nuevo panorama comercial (Velásquez y Boulet, 1999, p.11).

Si las anteriores Rondas se centraron en eliminar las barreras que impidieran el comercio entre fronteras, en la Ronda de Punta del Este fue de interés la armonización de las políticas comerciales nacionales con especial atención en la protección de la propiedad intelectual. A su vez, se favoreció la disminución de la soberanía nacional a favor del aumento competencial de los organismos internacionales (Velásquez y Boulet, 1999, p.46).

De esta manera, se da inicio la unificación de la protección intelectual bajo unas tesis excepcionales en cuanto se privatiza o protege la invención de un producto o un procedimiento dentro de un ideario neoliberal que apuesta por el libre comercio o la libre competencia (Ramos Toledano, 2017, p.82; 2018, pp.111-112). Sin embargo, cuando nos encontramos con una contradicción como esta, es necesario detenerse y analizarla.

En este sentido, resulta relevante el papel que tuvo la farmacéutica Pfizer en todo este proceso¹¹¹. Una corporación que comenzó en la década de 1840 en Nueva York de la mano de los primos Charles Pfizer y Charles Erhart, siendo su principal mercancía el ácido cítrico. La empresa adquirió relevancia cuando en 1920 dos de sus químicos desarrollaron un proceso de fermentación a base de azúcar y luego melaza que aumentó la producción de ácido y sirvió de base para la producción masiva de penicilina para su uso en la Segunda Guerra Mundial (Drahos y Braithwaite, 2002, p.65).

En la posguerra bastantes empresarios de diversos sectores, junto a los de Pfizer, comenzaron a debatir sobre el papel que tenía el conocimiento dentro del GATT. Así, observaron que en las diferentes Rondas la discusión se centró en las barreras arancelarias o las aduanas, pero la protección intelectual no tuvo un lugar relevante. Por ello, se preguntaron lo siguiente: ¿en esta materia cómo se podría fomentar el libre comercio? Pfizer y otras grandes corporaciones iniciaron un cabildeo señalando que era necesario liberalizar las oportunidades de inversión. Es decir, apostaron por eliminar las estructuras y restricciones nacionales que limitaban las opciones de inversión, incluyendo en esta posición, como no, un derecho a la protección intelectual exigible a escala global (Drahos y Braithwaite, 2002, p.68).

En comparación a las primeras patentes dadas por la monarquía isabelina, como veremos y reafirmaremos a continuación, el *Acuerdo sobre los ADPIC* tiene el objetivo de imponer una visión mercantilista sobre la propiedad intelectual donde lo que se busca no es principalmente “fomentar e incentivar la creación e investigación científica o artística”, ni generar riqueza a la mayoría de las naciones, sino responder a los intereses de pocos países como Japón, la UE o EE. UU. y las grandes corporaciones del mercado (Ramos Toledano, 2018, p.97; 2017, pp.68-69).

Tabla 17. Rondas y logros en el comercio internacional

RONDAS	LOGROS
Ronda inicial (1947-1961)	Reducciones de los derechos de aduana entre los países participantes.
Ronda de Kennedy (1964-1967)	Nueva reducción de los derechos de aduana. Negociación de un acuerdo sobre prácticas antidumping (no hubo acuerdo para una reducción lineal de los derechos de aduana, ni sobre el problema de las medidas no arancelarias).
Ronda de Tokio (1973-1979)	Se firmaron la mayoría de los acuerdos sobre barreras no arancelarias (obstáculos técnicos al comercio, contratación pública, subvenciones, valoración en aduana, licencias de importación, practicas antidumping).
Ronda de Uruguay (1986-1994)	Nuevas negociaciones con especial interés en los servicios y los derechos de propiedad intelectual. Con el Acto final firmado en 1994 en Marrakech se crea la OMC.

Fuente: VELÁSQUEZ, G. y BOULET, P. (1999). *Globalización y acceso a los medicamentos: perspectivas sobre el acuerdo ADPIC/OMC. Segunda edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHO/DAP/98.9 rev. pp.11-12.

¹¹¹ Para un análisis más profundo véase: DRAHOS, P. y BRAITHWAITE, J. (2002). *Information Feudalism: Who Owns the Knowledge Economy?* Londres: Earthscan Publications; DRAHOS, P. (1995). Global property right in information: The story of TRIPS at the GATT. *Prometheus*, 13(1), 6-19.

5.1.3. Análisis del Acuerdo sobre los ADPIC

El *Acuerdo sobre los aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio* (más conocido como el *Acuerdo sobre los ADPIC*) forma parte del *Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio* firmado en Marrakech (Marruecos) el 15 de abril de 1994. Este representa la culminación de las negociaciones acaecidas en la Ronda de Uruguay donde, entre los casi 60 acuerdos, destaca el que constituye la OMC.

A continuación, tal y como hiciéramos con el *RDL 16/2012*, analizaremos las principales características de este *Anexo 1C*, que es donde se encuentra este Acuerdo. Sobre ella destacaremos: 1) los estándares específicos y su vinculación obligatoria; 2) la introducción de los medicamentos en una protección común internacional; 3) la temporalidad de la protección intelectual; 4) el reconocimiento que el mayor beneficio es tan solo para unos países a través de las excepciones limitadas o las moratorias; y 5) la no “auto- ejecución” del Acuerdo y las obligaciones de los EM.

1) *Los principales objetivos, argumentos y vinculaciones*

El Acuerdo, que está dividido en siete grandes partes, establece en su nota introductoria que su fin está enfocado en la reducción de las distorsiones del comercio internacional y la necesidad de fomentar una protección que sea eficaz y adecuada de los derechos de propiedad intelectual¹¹². De este modo, en la primera de las partes (*PARTE I. Disposiciones generales y principios básicos*), su artículo 7 recoge que el objetivo general consistirá en “contribuir a la promoción de la innovación tecnológica y a las transferencias y difusión de la tecnología” beneficiando tanto a la parte productora como a la usuaria y favoreciendo “el bienestar social y económico y el equilibrio de derechos y obligaciones”.

Por su parte, a diferencia de acuerdos previos en la materia, en el artículo 1 se establece que los EM pertenecientes a la OMC deberán aplicar las disposiciones del Acuerdo de forma *obligatoria*. Una regulación que conlleva, entre otros aspectos, que el derecho de propiedad intelectual se globaliza ignorando las asimetrías que puede haber (y hay) en materia científica y tecnológica entre los EM que deciden adherirse a la OMC (Sundaram, 2015, p.122).

En el mismo sentido, diferenciándose del marco internacional iniciado con el *Convenio de París*, donde las vías frente a la violación de una patente eran tan solo nacionales, la judicialización en materia de propiedad intelectual pasa al sistema de la OMC: la solución de diferencias a través de consultas bilaterales (Athreye, Piscitello y Shadlen, 2020, p.316; Abdelgafar, 2006, p.36).

Un ejemplo (reconocido en la *PARTE V. Prevención y solución de diferencias*), recordemos, lo pudimos observar en el caso de Brasil cuando presentamos el impulso del reconocimiento internacional del DAME. En mayo de 2000 EE. UU. optó por esta vía para debatir en torno a los artículos 68 y 71 de la *Ley de Propiedad Industrial* brasileña (OMC, 2000).

¹¹² Los cuales pueden ser definidos como un derecho que “permiten al creador, o al titular de una patente, marca o derecho de autor, gozar de los beneficios que derivan de su obra o de la inversión realizada en relación con una creación”. OMPI (2011). *¿Qué es la Propiedad Intelectual?* Ginebra: Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Un proceso, que no es equitativo en cuanto a que una de sus sanciones consiste en castigar comercialmente a los países que incumplen el Acuerdo. Por ello, los mal llamados países menos ricos terminan siendo los más afectados (Ramos Toledano, 2018, p.107). Problema al que habría que añadir (y aquí podría abrirse otra gran temática de estudio) que la soberanía (entendida como la supremacía del poder) no tiene lugar, en cuanto que las consultas las inician los países en respuesta a intereses comerciales y bajo la presión de las grandes corporaciones.

2) *La introducción de los medicamentos en una protección común internacional:*

En la segunda parte del Acuerdo (*PARTE II. Normas relativas a la existencia, alcance y ejercicio de los derechos de propiedad intelectual*) se recogen las distintas categorías que entran en propiedad intelectual: los derechos de autor y conexos (sección 1), las marcas de fábrica (2), las indicaciones geográficas (3), los dibujos y modelos industriales (4), los esquemas de trazado (topografías) de los circuitos integrados (6) o la protección de la información no divulgada (7).

No obstante, destacamos la Sección 5 que responde a las *patentes*. A tenor de ello, los medicamentos son introducidos por primera vez en el marco de la protección de la propiedad intelectual a escala internacional/global. Y es que tal y como señala el primer punto del artículo 27:

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos 2 y 3, las patentes podrán obtenerse por todas las invenciones, sean de productos o de procedimientos, en todos los campos de la tecnología, siempre que sean nuevas, entrañen una actividad inventiva y sean susceptibles de aplicación industrial. [...] (CNC, Acuerdo sobre los ADPIC, 1994, art. 27.1)

De esta forma, marcándose como criterios de patentabilidad la innovación, la actividad inventiva y la susceptibilidad a la aplicación industrial¹¹³, el Acuerdo amplía por completo el porfolio de productos o procedimientos (reconocidos en el art.28) e impide que cualquier EM pueda excluir algún campo tecnológico de la patentabilidad.

El punto 2 del artículo 27 permite la exención de una patente de un territorio cuando haya que proteger “el orden público o la moralidad, inclusive para proteger la salud o la vida de las personas o de los animales o para preservar los vegetales, o para evitar daños graves al medio ambiente”. A lo que se añade lo expresado en el siguiente punto:

3. Los Miembros podrán excluir asimismo de la patentabilidad:

a) los métodos de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos para el tratamiento de personas o animales;

¹¹³ La *novedad* puede ser admitida cuando la invención “no está comprendida en el estado de la técnica”; la *actividad inventiva* responde a “que no pueda patentarse aquello que si bien no es conocido resulte obvio o pueda resultar deducido por cualquier experto medio con conocimientos en el sector concreto de la técnica donde opera la invención”; y la aplicación industrial es cumplida “cuando su objeto puede ser fabricado o utilizado en cualquier clase de industria”. WOLTERS KLUWER (2021). Patente nacional. *guiasjuridicas.wolterskluwer.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/document/EX0000013534/20080708/Patente-nacional#:~:text=Una%20patente%20es%20una%20invenci%C3%B3n,%C2%BFQu%C3%A9%20es%20una%20patente%3F>

b) las plantas y los animales excepto los microorganismos, y los procedimientos esencialmente biológicos para la producción de plantas o animales, que no sean procedimientos no biológicos o microbiológicos. [...] (CNC, Acuerdo sobre los ADPIC, 1994, art. 27.2)

3) *La temporalidad de la protección intelectual:*

Otra de las características y de los aspectos más controvertidos resulta ser el tiempo mínimo al que se decide proteger el conocimiento. Según el artículo 33 que se encuentra en la misma Parte II del Acuerdo: “La protección conferida por una patente no expirará antes de que haya transcurrido un período de 20 años contados desde la fecha de presentación de la solicitud”.

Es decir, se establece para las y los titulares el control y el monopolio sobre la misma durante al menos 20 años. En cambio, una o uno podría preguntarse ¿por qué se decidió establecer ese tiempo mínimo y no 5, 10 o 40 años? En términos *lockeanos* ¿cuándo deja de ser propiedad individual un recurso o bien que ha sido transformado por el trabajo y/o la mente humana?

A priori, con el objetivo central de la inversión, se consideró que este plazo sería suficiente para recuperar, por ejemplo, los costos realizados en el proceso de investigación. Sin embargo, como veremos más adelante, cubrir los costes y obtener un pequeño beneficio no es suficiente para las y los propietarios que en una sociedad capitalista siempre viajan al lado de la lógica de acumulación.

4) *El reconocimiento que el mayor beneficio es tan solo para unos países a través de las excepciones limitadas o las moratorias:*

En lo que cierra a la afirmación dada sobre que este sistema no generaría una riqueza global sino que solo haría más grandes a los países más ricos, podríamos citar dos evidencias que corroboran que las o los autores del texto sabían que esto sucedería.

El primer ejemplo se encuentra en la misma Parte II, donde en el artículo 30 se reconoce que los EM “podrán prever excepciones limitadas” permitiendo dar otro uso a una patente por parte de los gobiernos o terceros siempre que se “haya intentado obtener la autorización del titular de los derechos en términos y condiciones comerciales razonables” (art.31.b).

En casos de emergencia nacional, circunstancias de extrema urgencia o casos de uso público no comercial, se da opción a los Estados para utilizar la materia patentada sin autorización, pero notificándolo previamente al o la titular (art.31.b). Por lo que a ello respecta, se señala que estos usos sin autorización tendrán un alcance y una duración limitada a los fines autorizados (art.31.c) y se enfocarán principalmente en el abastecimiento interno o nacional del EM (art.31.f).

De este modo, el *Acuerdo sobre los ADPIC* deja espacio para las conocidas hoy como *flexibilidades* que permiten la producción y compra de medicamentos patentados más asequibles. Una exigencia que, como vimos, se reconoció y se intentó fortalecer con la *Declaración de Doha* de 2001 gracias a la movilización de los denominados países “menos desarrollados”.

Como segundo ejemplo, siendo los protagonistas los países menos ricos, en la sexta parte del Acuerdo (*PARTE VI. Disposiciones transitorias*), aparte de recogerse que el Acuerdo comenzaría a ser efectivo en 1995 (art.65.1), se establecen algunas *moratorias*. Así, se dio opción a cualquier país “en desarrollo” que sea Miembro aplazar durante un plazo de cuatro años la mayoría de las disposiciones del acuerdo (art.65.2), pudiendo cualquier EM “en proceso de transformación de una economía de planificación central en una economía de mercado y libre empresa” (dígase que cumpliendo la llamada neoliberal) contar con el mismo plazo (art.65.3).

En lo que respecta a los “países menos adelantados Miembros”, el artículo 66 reconoce que debido a las “limitaciones económicas, financieras y administrativas y de la flexibilidad que necesitan para establecer una base tecnológica viable” estas estarían exentas de aplicar estas disposiciones en un plazo de 10 años, es decir, hasta 2005.

De esta manera, algunos países como India o China no cumplieron con el Acuerdo hasta esta fecha, siendo prorrogada la moratoria (como prevé el art.66.1) en 2002 hasta el 1 de enero de 2016 (Consejo de los ADPIC, 2002). Una solicitud que se volvió a realizar en 2015, cuando las fechas límite eran próximas, aceptándose una prórroga hasta 2033 (Consejo de los ADPIC, 2015).

Como recuerda Ortega Gómez (2016, p.34), una gran parte de los países “menos adelantados” renunció a aplazar su cumplimiento. Entre ellos, la mayoría de los países del grupo africano. Aunque cabe añadir, en oposición, que países como Perú, Bolivia, Ecuador, Malawi, Camerún o Bangladesh apostaron por la moratoria.

5) *La no “auto- ejecución” del Acuerdo y las obligaciones de los EM:*

Para dar por concluido este resumen sobre los rasgos característicos del *Acuerdo sobre los ADPIC*, cabe citar que nos encontramos ante un mecanismo jurídico que no se ejecuta a sí mismo (Athreye, Piscitello y Shadlen, 2020, p.321). Dicho de otra manera, como podemos ver, por ejemplo, con la decisión de dar patentes del artículo 27 o las flexibilidades del artículo 31, la implementación se encuentra en manos de los países que se adscriben a la OMC y, por tanto, también al Acuerdo.

Esto quiere decir (como lo veremos a final del capítulo) que los EM son responsables a la hora de decidir qué producto o procedimiento merece protección y cuál cierta excepción en casos de emergencia nacional o extrema urgencia. Unas obligaciones a las que habría que añadir las referidas en el propio texto (en la *PARTE III. Observancia de los derechos de propiedad intelectual*), en concreto, en el artículo 41, centradas en la observancia de las acciones que infrinjan los derechos de propiedad intelectual:

1. Los Miembros se asegurarán de que en su legislación nacional se establezcan procedimientos de observancia de los derechos de propiedad intelectual conforme a lo previsto en la presente Parte que permitan la adopción de medidas eficaces contra cualquier acción infractora de los derechos de propiedad intelectual a que se refiere el presente Acuerdo [...] (CNC, Acuerdo sobre los ADPIC, 1994, art. 41.1)

5.1.4. La preocupación de la OMS en la garantía del DAME

Ante las posibles consecuencias que podrían generar las disposiciones descritas, en 1996 el director general de la OMS, Hiroshi Nakajima (1988-1998), a través de la *Resolución 49.14*, mandó realizar un estudio al Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales (PAME) (Velásquez, 2014, pp.24-25).

El PAME, creado en 1979, tuvo desde entonces un papel primordial en las estrategias de la OMS en torno a los medicamentos esenciales. Por ejemplo, poniendo especial atención a la solicitud de 1996, el PAME publicó en 1997 el conocido “Libro Rojo” (por el color de su carátula) donde se marcó como objetivo establecer el impacto de la globalización en el acceso a medicamentos (Velásquez y Boulet, 1997).

La relevancia en torno al problema del acceso viene del contenido del mismo informe, el cual estaba estructurado en tres grandes capítulos: el primero presentaba una breve historia sobre el sistema del comercio internacional presentando los orígenes del FMI, BM, el GATT y las posteriores Rondas; el segundo, una lectura del *Acuerdo sobre los ADPIC* bajo la perspectiva del acceso a medicamentos; y, finalmente, en un tercero, las conclusiones sobre lo que estaba en juego en materia de acceso a medicamentos.

Si indagamos en su contenido, destaca el reconocimiento que hacen sobre el modelo de protección intelectual, afirmando que esta regulación refuerza a los países más ricos, en concreto, “al prohibir que los países en desarrollo copien un producto nuevo mediante ingeniería inversa y desarrollen así su tecnología” (Velásquez y Boulet, 1999, p.42)¹¹⁴.

En suma, remarcando la importancia de la accesibilidad, el informe muestra su preocupación por las patentes y la consecuente subida de los precios. Por ello, recordó que los países podían utilizar ciertos “márgenes de libertad” si el acceso a ciertos medicamentos esenciales se veía limitado, cumpliendo de este modo lo recogido en los artículos 30 y 31 del *Acuerdo sobre los ADPIC* (Velásquez y Boulet, 1999, pp.44-45).

Ahora bien, las respuestas negativas a este informe no tardaron en llegar. El 7 de mayo de 1998, Adrian Otten, director entonces de la División de Propiedad Intelectual e Inversión de la OMC, envió una carta al Dr. Jonathan D. Quick, el entonces director del PAME. En él señaló las críticas que la PAME realizó al sistema de patentes y mostró su disconformidad con el contenido del informe a través de tres comentarios breves:

El primero es que el documento no parece dar el debido peso a la contribución positiva que el sistema de patentes hace a la salud pública al generar incentivos para la invención y el desarrollo de nuevos medicamentos. Después de todo, no puede haber acceso a un medicamento si no se ha inventado. El documento parece basarse en la noción de que no existe una contribución positiva o, si la hay, de que cada país debe tratar de minimizar su propio papel en la provisión de incentivos y confiar en que otros lo hagan. Si bien desde un punto de vista puramente nacional se podría argumentar que tal posición tiene sentido para algunos países pequeños, tengo dudas de que esta sea una perspectiva apropiada para que lo adopte una organización intergubernamental.

El segundo comentario general es que el tono de las partes me parece un tanto polémico y poco objetivo. El tercero es que hay un número considerable de lugares donde el texto es inexacto o, en cualquier caso, engañoso [...] (Carta recuperada de Velásquez y Boulet, 2015, pp.114-116).

¹¹⁴ Las referencias al Informe de 1997 corresponden al: VELÁSQUEZ, G. y BOULET, P. (1999). *Globalización y acceso a los medicamentos: perspectivas sobre el acuerdo ADPIC/OMC. Segunda edición*. Ginebra: Organización mundial de la Salud. WHO/DAP/98.9 rev. pp.11-12.

Asimismo, en otro escrito, Thomas Bombelles, en nombre de la Asociación Americana de Fabricantes de Medicamentos (PhRMA) y fechada el 30 de junio de 1998, señaló que el informe era “un documento profundamente erróneo que engaña a los lectores y crea una falsa impresión sobre cómo el *Acuerdo sobre los ADPIC* de la OMS afectará al sector farmacéutico” (carta recuperada de Velásquez y Boulet, 2015, pp.92-93). Para justificar esta posición adjuntó un documento con las siguientes críticas:

1. Confusión de exclusividad de patentes con poder de "monopolio". Cualquier persona que haya aprobado un curso introductorio de economía puede distinguir el período limitado de exclusividad proporcionado por una patente del poder de monopolio. A diferencia del poder de monopolio, los derechos de patente promueven la competencia al forzar el desarrollo de nuevos productos para competir dentro de un mercado [...]
2. Confusión de la infracción de derechos de patente con la falsificación. Los autores revelan su falta de comprensión de los problemas prácticos de patentes al confundir la infracción de los derechos de patente con la falsificación de productos [...]
3. Una visión paternalista de la innovación en los países en desarrollo. Los autores han optado por definir las necesidades de los países en desarrollo en el anticuado y anacrónico modelo económico "norte-sur" de los años setenta. Su "análisis" excluye completamente la posibilidad de innovación nacional en un país en desarrollo, ya sea de forma independiente o como resultado de empresas conjuntas con intereses farmacéuticos "del norte". [...]
4. El desconocimiento de qué son los derechos de patente y cómo se utilizan en el proceso de transferencia de tecnología. Los autores cometen el error consciente de suponer que todos los derechos de patente son idénticos en alcance y efecto y que los derechos de patente nunca tienen licencia. [...]
5. La falta de vinculación entre los precios altos y los derechos a patentes. Una de las premisas subyacentes del documento es que los derechos de patente son el único determinante del precio y la disponibilidad de los medicamentos [...] Los autores ignoran convenientemente el factor principal que influye en la disponibilidad y el precio de los medicamentos; a saber, las condiciones del mercado en un país [...]
6. El agotamiento de los derechos de patente no promueve mejores condiciones para los consumidores. Los autores promueven la visión simplista e inexacta de que el agotamiento nacional o regional de los derechos de patente promueve los intereses de los consumidores. [...] [subrayado original] (recuperado de Velásquez y Boulet, 2015, pp.94-113)

Igualmente, el 28 de julio de 1998, el Gobierno de los EE. UU., liderado por Bill Clinton, presentó sus opiniones bajo la firma del entonces director del Comisionado de Asuntos de Salud de la FDA, Stuart Nightingale. Mensaje que en líneas generales, compartía la misma posición de la OMC y la PhRMA, considerando que el informe atacaba directamente al *Acuerdo sobre los ADPIC* porque reconocía que limitaba el suministro y afectaba, en consecuencia, la accesibilidad. En palabras de Nightingale: “esto ignora totalmente el hecho de que, si no fuera por el incentivo proporcionado por una fuerte protección de patentes en muchos países, la mayoría de esos productos y medicamentos no existiría” (Carta recuperada de Velásquez y Boulet, 2015, p.117).

Frente a estos ataques, la nueva directora general de la OMS, G.H. Brundtland (1998-2003), decidió enviar el informe a revisión a tres académicos o académicas independientes de la Universidad de Lovaina (Bélgica), la Universidad de Buenos Aires (Argentina) y la Escuela de Derecho de Vanderbilt (EE. UU.). Revisiones que terminaron por confirmar su correcta técnica y la plena consistencia del informe de 1997 con el *Acuerdo sobre los ADPIC* (Velásquez, 2014, p.23).

Por abordar los principales argumentos de estas tres personas, la primera de ellas señaló que el documento era “un documento claro, bien estructurado e informativo sobre el *Acuerdo sobre los ADPIC*, extremadamente útil para las autoridades sanitarias y otros lectores de los países en desarrollo”. Y respondió a la carta de PhRMA señalando que los autores del informe defendían el *Acuerdo sobre los ADPIC*, pero en términos que fuera compatible con los requisitos de salud pública. A su vez, criticó el contenido de la carta señalando que se recurre frecuentemente en “consideraciones personales e irrespetuosas hacia los autores” (Velásquez y Boulet, 2015, pp.141-142).

La segunda persona indicó su asombro por el tono y el estilo utilizado en las críticas al Libro Rojo. Un contexto “que no parece presentar la serenidad necesaria para un debate serio”. En respuesta a lo señalado por el Gobierno de EE. UU., reconoció que el documento de la OMS puede ser criticado por su falta de matices o sus afirmaciones radicales, pero que no obstante, no contienen ningún error que modifique sus conclusiones o recomendaciones (Velásquez y Boulet, 2015, pp.161-167).

Para terminar, la tercera persona invitada a revisar el documento mencionaba que las críticas de la PhRMA eran infundadas y gratuitas aunque, podían tener razón al señalar que el documento carece de puntos de vista diferentes a la de los redactores o no profundiza en el bagaje conceptual de la materia. Respecto a la carta del Dr. Quick, señaló que es desconcertante porque mantiene las mismas quejas que la PhRMA, pero en un lenguaje más neutral y académico. Finalmente, consideró la carta de la OMC constructiva y escrita con buenas intenciones (Velásquez y Boulet, 2015, pp.169-184).

Tras lo dicho, diferentes acontecimientos corroboraron años después la posición inicial del Libro Rojo. En el nuevo milenio, las y los líderes del mundo establecieron los primeros *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM) en el año 2000 en Nueva York. Dentro del apartado enfocado en el desarrollo y la erradicación de la pobreza, se decidió “alentar a la industria farmacéutica a que aumente la disponibilidad de los medicamentos esenciales y los ponga al alcance de todas las personas de los países en desarrollo que los necesiten” (AGNU, 2000).

A su vez, a esta tensión iniciada tras la legislación del *Acuerdo sobre los ADPIC*, hay que añadirle el debate especial sobre propiedad intelectual y acceso a los medicamentos solicitado en abril por el Grupo de África de la OMC y celebrado el 20 de junio de 2001. Hechos que (en su relación con el origen del DAME descrito en el Capítulo 1) terminaron por reconocerse en noviembre del mismo año en la *Declaración de Doha*, donde se hizo énfasis en la importancia de los “márgenes de libertad”:

4. Convenimos en que el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública. En consecuencia, al tiempo que reiteramos nuestro compromiso con el Acuerdo sobre los ADPIC, afirmamos que dicho Acuerdo puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los Miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos.

A este respecto, reafirmamos el derecho de los Miembros de la OMC de utilizar, al máximo, las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC, que prevén **flexibilidad** a este efecto. (OMC, 2001b)

Respecto a estos mecanismos que permiten revocar la exclusividad que dan las patentes, cabe señalar, que en un principio fueron llamadas “márgenes de maniobra” por Carlos M. Correa y sus compañeros y compañeras (CNUCYD, 1997), pero fueron

transformadas en el Libro Rojo por “márgenes de libertad” (Velásquez y Boulet, 1997) por ser la anterior expresión demasiado dura para el entorno diplomático (Velásquez, 2015, p.17). Después serían llamadas también como “salvaguardias” (OMS, 2001, pp.2-6) hasta llegar a ser reconocidas hoy como “flexibilidades” (Correa, 2002).

En la misma línea, la OMS solicitó en 2003 un informe sobre la propiedad intelectual, la innovación y la salud pública a expertos y expertas independientes. Bajo la dirección de la que fuera presidenta de Suiza en 1999, Ruth Dreifuss, se creó la Comisión sobre Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública (conocida como CIPIH) que realizó el estudio tomando como referencia un informe británico de 2002 (CDPI, 2002).

En este documento de 2006, que tenía como título *Salud Pública, Innovación y Derechos de Propiedad Intelectual*, se dieron 60 recomendaciones entre las que destaca “la necesidad de contar con un mecanismo internacional que permita reforzar a nivel mundial la coordinación y la financiación de las actividades de I+D médicas” (CIPIH, 2006). Un informe donde, además, se reconoció el problema de acceso a medicamentos esenciales como un *problema global*:

Se trata de una cuestión importante, porque incluso en los países desarrollados, el rápido aumento de los costos de la atención sanitaria, incluido el suministro de medicamentos, es motivo de gran preocupación pública. En los países en desarrollo, **e incluso en algunos países desarrollados**, el costo de los medicamentos, que a menudo no se pueden conseguir a través de los sistemas públicos de atención sanitaria, puede ser una cuestión de vida o muerte. (CIPIH, 2006, p.177)

Frente a estas posiciones, como era siendo habitual, EE. UU. las criticó impidiendo su adopción oficial (Velásquez, 2014, p.28). En consecuencia, se creó un Grupo de Trabajo Intergubernamental (conocido como IGWG) para analizar y proponer qué hacer con las 60 recomendaciones. Las negociaciones duraron dos años y son consideradas como una de las negociaciones más relevantes de la historia de la OMS (junto al Convenio Marco para el Control del Tabaco de 2003) ya que se debatió con la misma seriedad de un tratado internacional (Velásquez, 2009, p.98).

Al final, los resultados fueron publicados en la *Estrategia mundial de salud pública, innovación y propiedad intelectual* (conocida como GSPOA) (AMS, 2008). Un documento que marcaría un antes y un después en materia del DAME ya que reconoció la insuficiencia de las iniciativas para aumentar la accesibilidad, que el precio era un determinante importante, que existían obstáculos para aplicar las flexibilidades o que eran necesarias políticas públicas para promover la competencia y reducir los altos precios (Velásquez, 2014, p.57).

Dicho lo cual, el informe del IGWG tiene su relevancia en cuanto a que:

- 1) amplía la mirada a enfermedades que no son la malaria, el SIDA y la tuberculosis (enfermedades que hasta entonces fueron el punto de actuación de los programas de la OMS);
- 2) muestra un consenso en la necesidad de nuevos mecanismos para incentivar la I+D; y, finalmente
- 3) da el mandato para examinar el sistema de financiamiento de la I+D a un grupo de trabajo especial de expertos y expertas con duración limitada (Velásquez, 2014, p.67).

En relación con este último mandato, se constituyó el Grupo de Trabajo de Expertos (EWG) que terminó publicando en 2010 el informe *Salud pública, innovación y propiedad intelectual: estrategia mundial y plan de acción* (AMS, 2010a). Un trabajo rechazado por la AMS ese mismo año al no cumplir las expectativas de algunos de los EM. Ante lo dicho, se solicitó la creación de un nuevo grupo consultivo de expertos que diera respuesta al mandato de la GSPOA en materia de propiedad intelectual (AMS, 2010b).

Tras la creación del Grupo Consultivo de Trabajo de Expertos de la OMS (CWEG), en 2012 fue publicado el *Informe del Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: Financiación y Coordinación* (AMS, 2012a) donde recomendaron la celebración de una Convención Internacional para adoptar un instrumento global y vinculante para la I+D.

Un instrumento que estableciera un fondo público internacional donde los productos y resultados financiados se volvieran en bienes públicos beneficiando así a cualquier país. Una vía que, a su vez, fomentaba la innovación y el desarrollo de medicamentos útiles y seguros que responderían a las necesidades globales de la población y garantizaran su disponibilidad (Velásquez, 2019, p.19).

Dicha propuesta, que pudo haberse convertido en uno de los pilares en el programa de medicamentos, en cambio, se vio paralizada pese a que el informe esta vez sí que tuvo el respaldo de la Asamblea (AMS, 2012b). De este modo, en años posteriores se presentaron informes de demostración del I+D que no llegaron a ningún lugar.

Hubo que esperar a 2015 cuando, en la *Agenda 2030* (AGNU, 2015), tras haberse establecido los nuevos Objetivos del Milenio, remarcando el retraso en la implementación del mandato de la GSPOA, la Secretaría del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo propuso al secretario general de las Naciones Unidas la creación de un Grupo de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos (UNHLP) (ONU, 2015). Un grupo que tendría el objetivo de examinar y evaluar la disponibilidad y la asequibilidad de los medicamentos en el contexto del mandato de la GSPOA (Velásquez, 2019, p.1).

Dicho Panel publicó en 2016 un informe donde, entre sus recomendaciones, figuraban: el respeto de la letra y el espíritu de la *Declaración de Doha* sobre el *Acuerdo sobre los ADPIC* y la Salud Pública; hacer pleno uso de las flexibilidades; fortalecer la capacidad de los examinadores de patentes; aumentar la inversión en la innovación en tecnologías sanitarias para satisfacer necesidades no atendidas; fortalecer la coherencia normativa entre el comercio y la propiedad intelectual, el derecho a la salud y los objetivos de salud pública; o que las empresas del sector privado establecieran políticas sobre la mejora al acceso a tecnologías sanitarias (UNHLP, 2016, pp.12-14).

En cambio, estas no terminaron en generar consenso pese a que sus contribuciones fueron significativas. Velásquez (2019, p.24) enumera cuatro de ellas:

- 1) La innovación y el acceso a las tecnologías sanitarias constituyen un problema multidimensional y global:

Es necesario adoptar un enfoque amplio en este momento histórico, ya que el Grupo de Alto Nivel reconoce que los costos de las tecnologías sanitarias están aumentando a nivel mundial y que esto afecta de forma similar tanto a las personas como a los sistemas de seguros públicos y privados, tanto en los países ricos como en los países de recursos más limitados. (UNHLP, 2016, p.15)

- 2) Cada país tiene la libertad de interpretar y definir los requisitos principales del *Acuerdo sobre los ADPIC* (que sean nuevos, no evidentes y útiles) a la hora de otorgar patentes:

Los Miembros de la OMC deben hacer pleno uso del margen normativo previsto en el artículo 27 del Acuerdo sobre los ADPIC adoptando y aplicando definiciones rigurosas de la invención y la patentabilidad que restrinjan la práctica de perennización¹¹⁵ para garantizar que las patentes solamente se concedan cuando se produce una verdadera innovación. (UNHLP, 2016, p.33)

- 3) Se rescata la idea de una convención vinculante en I+D, sugerencia dada por un tercio de las 180 contribuciones aportadas al Panel.

A partir de las discusiones que actualmente están teniendo lugar en la OMS, el secretario general de las Naciones Unidas debería poner en marcha un proceso para que los gobiernos negocien acuerdos mundiales sobre la coordinación, la financiación y el desarrollo de tecnologías sanitarias. Este esfuerzo incluye negociaciones relativas a una convención vinculante sobre I+D que desligue los costos de investigación y desarrollo de los precios finales, a fin de promover el acceso de todas las personas a una buena salud. (UNHLP, 2016, p.37)

- 4) Se recupera una exención temporal acordada en 2003 que tiene el objetivo de hacer frente a la incapacidad de la producción local de tecnologías sanitarias de algunos países que aplican licencias obligatorias eliminando los límites de abastecimiento.

Los Miembros de la OMC han de revisar la decisión sobre el párrafo 6 con el fin de encontrar una solución que permita una exportación rápida y conveniente de los productos farmacéuticos fabricados en régimen de licencia obligatoria. Los Miembros de la OMC, en caso necesario, deben adoptar una exención y una revisión permanente del Acuerdo sobre los ADPIC para permitir esta reforma. (UNHLP, 2016, p.13)

En 2015 se adoptó también una resolución que extendió el mandato del GSPOA de 2015 a 2022 (AMS, 2015). Desde la AMS se comprometieron a: 1) valorar su implementación para antes de 2018 a través de una evaluación integral que analizara los logros y desafíos respecto a los ocho elementos de la GSPOA (AMS, 2017); y 2) un examen general centrado en las políticas (AMS, 2018a).

Tras cometerse dichos propósitos, los principales resultados del segundo de ellos se sintetizan en que:

- 1) los elementos tratados por la GSPOA seguían siendo válidos;
- 2) la I+D no estaba suficientemente dirigida a las enfermedades que afectan en los países menos ricos;
- 3) los 108 puntos de acción dados por la GSPOA eran demasiado amplios y numerosos, dificultando el monitoreo del progreso y dejando en evidencia el poco esfuerzo hacia su implementación; y

¹¹⁵ “Término utilizado para describir las estrategias de comercialización y concesión de patentes que tienen por objeto ampliar el período de protección que ofrece la patente o el período de vigencia de la exclusividad comercial, las cuales se consideran injustificables y, por tanto, abusivas. En algunos casos, por ejemplo, esta práctica podría implicar la presentación de solicitudes de patentes múltiples, a menudo consecutivas, para variantes o indicaciones mínimas e insignificantes del mismo compuesto.” UNHLP (2016). *Informe del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a Medicamentos: promover la innovación y el acceso a las tecnologías de la salud*. Nueva York: Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a Medicamentos. p.8.

4) que el nivel de conciencia a nivel de país sobre la GSPOA era muy bajo (Velásquez, 2019, p.21).

A continuación, en 2018, el GSPOA se implementó en el *Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS (2019-2023)* (OMS, 2019a). Una *Hoja de ruta* basada en las sugerencias dadas por las evaluaciones anteriores que tuvo tres prioridades: 1) lograr una cobertura sanitaria universal; 2) responder a las emergencias sanitarias; y 3) promover unas poblaciones más sanas (AMS, 2018b).

Como resultado, en 2019 un grupo de países (Italia, Malasia, Grecia, Sudáfrica, Portugal, Serbia, Eslovenia, Uganda y Turquía), junto al Estado español, propusieron una resolución relacionada con la mejora de la transparencia en el precio de los medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios (AMS, 2019). No obstante, desde el punto de vista de Velásquez (2019, p.2), este problema no era el más urgente ni el más lógico para ser la primera implementación en la Hoja de ruta¹¹⁶.

Tras lo visto, en esta evolución por la preocupación de la OMS y otros organismos respecto al problema del acceso a medicamentos esenciales, podríamos distinguir como lo hacen Wirtz *et al.* (2017, pp.410-413) tres grandes eras:

- i) *Primera era* (1970-1990): donde los medicamentos esenciales se vuelven en un concepto global;
- ii) *Segunda era* (1990-2010): donde esta concepción se expande a través de programas globales y la lucha frente a la emergencia del VIH/SIDA (estas dos fases las describimos en la *Parte I* del trabajo); y
- iii) *Tercera era* (2010-hasta el presente): donde los medicamentos esenciales tienen un papel importante en el objetivo hacia la cobertura sanitaria universal y donde la ruta marcada por la GSPOA pueda comenzar adecuadamente.

A propósito, destaca que las fases dadas por Antezana y Seuba en 2008 pueden implementarse a las anteriores (Tabla 14). Un hecho que nos lleva a destacar la última y cuarta fase que clasificaron entre 1996-2007 en torno a los determinantes económicos, tecnológicos y sociales de la salud y nuevas herramientas. Respecto a esta, la GSPOA marcó un camino donde la petición de un tratado vinculante para I+D en materia de salud se convirtió en núcleo de todas las discusiones posteriores y, a su vez, de los pocos caminos posibles que podrían cambiar el rumbo en materia del DAME.

Por lo tanto, pese a que los posteriores informes descritos puedan resultar positivos, todavía está por ver si podríamos hablar de una “quinta fase” donde la propiedad intelectual no siga siendo una barrera y el desarrollo y la innovación de medicamentos sean sostenibles reduciendo de esta manera las barreras en el acceso. Del mismo modo, los nuevos acontecimientos propiciados por la COVID-19 invitan a reflexionar sobre el papel de la OMS y el peso de propiedad intelectual en el DAME.

¹¹⁶ A su vez, siguiendo esta resolución de la implementación de los elementos de la GSPOA, se considera que ignora muchos de sus puntos en cuanto a que “la resolución no crea ninguna responsabilidad por parte de la OMS o los Estados Miembros” y no era necesario un mandato nuevo en la materia ya que la OMS llevaba más de diez años encargándose en la divulgación del precio de los medicamentos. VELÁSQUEZ, G. (2019). *Medicines and Intellectual Property: 10 Years of the WHO Global Strategy*. Documento de Investigación, n.º100. Ginebra: South Centre. p.29.

Tabla 18. Fases y eras de los acontecimientos relacionados con los medicamentos esenciales en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud

ERAS (Wirtz <i>et al.</i> , 2017)	FASES (Antezana y Seuba, 2008)	ACONTECIMIENTOS	
PRIMERA ERA (1970-1990): Un concepto global de los medicamentos esenciales	Primera fase (1975-1981): Establecimiento del programa	1975	Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud apoyando las políticas farmacéuticas nacionales [WHA28.66]
		1977	Primera Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS [WHO Technical Report Series, n.º615]
			La Asamblea Mundial de la Salud refrenda la “Estrategia Salud Para todos en el año 2000” [WHA30.43]
		1978	Declaración de Alma-Ata
			La Asamblea Mundial de la Salud aprueba una resolución que insta a los países miembros a establecer listas nacionales, optimizar sus sistemas de suministros y adoptar su legislación y cooperar con la OMS y otros organismos [WHA31.32]
	Se aprueba la creación del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales (PAME) [WHA32.41]		
	1981	Entrada en funcionamiento del PAME	
	Segunda fase (1982-1987): Consolidación del programa	1982	Los Estados Miembros de la OMS aprueban las principales líneas de acción del PAME [WHA35.27]
		1983	La Asamblea Mundial de la Salud adopta el programa de acción de la PAME
		1984	La Asamblea Mundial de la Salud insta a desarrollar actividades destinadas a fomentar el uso racional de fármacos, apuntando la importancia de la mejora del conocimiento, el intercambio de información y el control de las prácticas publicitarias [WHA37.33]
1986		La Asamblea Mundial de la Salud aprueba la Estrategia Revisada de Medicamentos [WHA39.27]	
SEGUNDA ERA (1990-2010): Expansión del acceso a medicamentos esenciales a través de programas globales	Tercera fase (1988-1995): Redefinición y nuevos centros de atención	1988	El PAME publica las “ <i>Directrices para desarrollar políticas farmacéuticas nacionales</i> ”
		1990	El director general de la Asamblea Mundial de la Salud afirma el impacto positivo de la PAME en “el entendimiento, aceptación e implementación del concepto de medicamentos esenciales” [EB89/INF.DOC/3]
		1993 1994	El PAME se ve afectado por problemas presupuestarios
		1995	La Asamblea Mundial de la Salud considera al PAME un programa prioritario de la OMS, lo que se acompaña de mayor financiación [WHA48.26]
			Comienza a ser efectivo el Acuerdo sobre los ADPIC
	Cuarta fase (1996-2007): Determinantes económicos, tecnológicos y sociales de la salud y nuevas herramientas	1996	La Asamblea Mundial de la Salud solicita un informe sobre el impacto de la OMC en las políticas farmacéuticas y los medicamentos esenciales [WHA49.14]
		1997	La PAME publica el informe “ <i>Globalización y acceso a los medicamentos: implicaciones del acuerdo de los ADPIC de la OMS.</i> [WHO/DAP/98.9]
		2000	Firma de la Declaración del Milenio [A/RES/55/2]
		2001	Declaración Ministerial de la OMC de Doha. Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública [WT/MIN(01)/DEC/2]
			Llamado del secretario general de las Naciones Unidas para establecer el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA/VIH, la tuberculosis y la malaria (GFATM)
2002	Informe del gobierno inglés sobre la propiedad intelectual y el desarrollo: <i>Integrando los derechos de propiedad intelectual y la política de desarrollo</i> Revisión del procedimiento y los criterios para actualizar la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales [WHO Technical Report Series, n.º914]		

		Incorporación en la 12ª Lista Modelo de Medicamentos de medicamentos antirretrovirales para inhibir el VIH
		2003 Creación de la Comisión sobre Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública (CIPIH) [WHA56.27]
		2004 Los Estados miembros instan a que los acuerdos bilaterales tengan en cuenta las flexibilidades del ADPIC y reconocidas en la Declaración de Doha [WHA57.14]
		Informe del CIPIH: “ <i>Salud Pública, Innovación y Derechos de Propiedad Intelectual</i> ”
		2006 Creación del Grupo de Trabajo intergubernamental de la OMS sobre Salud pública, innovación y propiedad intelectual (IGWG) [WHA59.24]
		2007 Primera Lista Modelo de Medicamentos Pediátricos Esenciales
TERCERA ERA (2010-presente): La cobertura sanitaria universal (CSU) exige medicamentos esenciales	¿Quinta fase? (2008-presente): Una ruta sostenible, universal y con respaldo mayoritario	2008 El IGWG publica la “ <i>Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual</i> ” (GSPOA) donde se manda la creación de un grupo de trabajo especial de expertos (EWG) para examinar los sistemas de financiamiento de la I+D [WHA61.21]
		2010 El EWG publica el informe “ <i>Salud pública, innovación y propiedad intelectual: estrategia mundial y plan de acción</i> ” [A63/6; Add1; Add2]
		2010 La Asamblea Mundial de la Salud rechaza en informe del EWG y pide un nuevo grupo consultivo de expertos (CWEG) [WHA63.28]
		2011 Reunión de Alto Nivel de la ONU de las enfermedades no transmisibles [A/66/L.1]
		2012 El CWEG publica el informe “ <i>Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación</i> ” [A65/24]
		2013 La Asamblea Mundial de la Salud respalda las recomendaciones del CWEG [WHA65.22]
		2013 Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020
		2015 Incorporación en la 19ª Lista Modelo de Medicamentos de antivirales de acción directa para combatir la hepatitis C
		2015 Resolución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [A/RES/70/1]
		2015 Creación por parte del secretario general de las Naciones Unidas la creación de un Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos (UNHLP)
		2016 Extensión del mandato del GSPOA de 2015 a 2022 y evaluación y revisión del programa para 2018 [WHA68.18]
		2016 Informe del Grupo de Alto Nivel del secretario general de las Naciones Unidas sobre el acceso a los medicamentos (UNHLP)
		2017 Publicación de la “ <i>Evaluación y examen de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual</i> ” [A70.21]
		2018 Publicación de examen general de la “ <i>Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual</i> ” [A71/13]
2018 La Asamblea Mundial de la Salud solicita la elaboración de una hoja de ruta sobre la implementación de la GSPOA alineada al Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS (2019-2023) [WHA71(8)]		
2019 Primera resolución de la Hoja de ruta: “Mejora de la transparencia de los mercados de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios” [WHA72.8]		

Fuente: elaboración propia basada en VELÁSQUEZ, G. (2008). Acceso a medicamentos en perspectiva global: retos, respuestas y derechos. En, SEUBA HERNÁNDEZ, X. (Coord.), *Salud pública y patentes farmacéuticas. Cuestiones de economía, política y derecho*, (pp.16-40). Barcelona: J.M. Bosch Editor, S.A. pp.30-37; ANTEZANA, F. y SEUBA, X. (2008). *Medicamentos esenciales. Historia de un desafío*, Barcelona: Icaria. pp.33-51; WIRTZ, V.J. ET AL. (2017). Essential medicines for universal health coverage. *The Lancet*, 389, 403-476. pp.410-413.

5.2. El proceso del medicamento y su regulación interna

5.2.1. Las etapas del medicamento

Tras presentar la evolución y protección de los medicamentos, a continuación daremos un paso más e incidiremos en su proceso de elaboración, regulación y control. Esto nos permitirá responder en el apartado 5.3.1. al control que la Industria Farmacéutica tiene sobre ella (algo que ya resumimos en el apartado 2.1.2. *El incumplimiento de las obligaciones y responsabilidades*). Para ello, partiremos describiendo *la cadena de medicamentos*: la “secuencia de pasos interrelacionados” que engloba la vida del medicamento “desde que es concebido y desarrollado hasta que es utilizado. Incluye el desarrollo experimental y clínico del medicamento, su registro, comercialización, promoción, distribución, prescripción, dispensación y uso” (Laporte, 2001, p.122).

La etapa inicial comienza con *la investigación y descubrimiento del blanco terapéutico* (Etapa 0). Un proceso donde son mayoritariamente las y los científicos universitarios quienes desarrollan la investigación con financiación pública y tienen la finalidad de dar una respuesta a ciertas “necesidades sin cubrir” (entendidas como los casos en los que no existe un medicamento adecuado para una patología o sí que la hay, pero genera efectos secundarios) (EUPATI, 2015).

Por todo ello, se intenta encontrar una diana o un blanco terapéutico que sea el causante o esté al menos involucrado en el proceso patológico (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, p.18). En cambio, para dar con las moléculas que serán denominadas “cabezas de serie”, al finalizar esta etapa hay que pasar por tres ciclos:

- 1) *Definición del modelo patológico o modelo de enfermedad*: actividad que se puede realizar mediante una aproximación molecular basada en muestras patológicas y modelos celulares (*in vitro*) o mediante aproximación clínica que se estudia sobre el organismo como el caso de las y los pacientes que sufren del padecimiento o en animales (*in vivo*) (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, p.20).
- 2) *Identificación de la diana o dianas responsables*: implica identificar qué actores de la enfermedad (macromoléculas, genes, células) alteran o actúan de manera distinta a la de un modelo sano (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, p.21).
- 3) *Validación de la diana*: se pretende confirmar que la diana interviene en la patología y es determinante en su desarrollo. (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, pp.26-27).

Las dos siguientes etapas pertenecen al *desarrollo no clínico*. En la primera, la *investigación básica* (Etapa 1), con las 8.000 o 10.000 cabezas de serie resultantes de la anterior etapa se desarrollan e identifican los compuestos que puedan modular la diana terapéutica (bien inhibiendo o anulando su función, o bien, activándola) (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, p.29).

Aquellos compuestos que muestren actividad biológica serán objeto de optimización con el objetivo de conseguir un compuesto líder (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, p.31). De las 8.000 o 10.000 cabezas de serie se obtienen de media 250 “fármacos candidatos” (AEMPS, 2014a, p.10; EUPATI, 2015). Aquellos que en la Etapa 2 serán objeto de *investigación preclínica*.

De este modo, antes de entrar en el estudio con los seres humanos, los fármacos candidatos son estudiados tanto *in vivo* como *in vitro* para evaluar la seguridad y la actividad biológica (AEMPS, 2014a, p.10). El objetivo consiste en definir cómo actúa el organismo sobre el fármaco (farmacocinética), cómo actúa el fármaco sobre el organismo (farmacodinámica), la toxicidad y efectos secundarios del fármaco y su formulación (forma farmacéutica) (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, p.43)¹¹⁷.

De los 250 fármacos candidatos la lista de los que pasarán a la fase de *desarrollo clínico* se reduce a 5 (AEMPS, 2014a, p.10). Un proceso que puede llegar a implicar la duración de 3 o 6 años de media. Sin embargo, antes de someterse al estudio sobre el ser humano, es necesaria la aprobación de las autoridades regulatorias (como la FDA, el EMA o el AEMPS). Por ello, tras el desarrollo no clínico es necesario presentar una solicitud de fármaco de nueva investigación donde se presenten los resultados de las investigaciones anteriores y un plan metodológico a desarrollar durante la etapa clínica (AEMPS, 2014a, p.11; Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, pp.89-90).

Con la solicitud aprobada da comienzo la *investigación clínica* (Etapa 3). Una etapa donde se intenta probar la eficacia terapéutica de los fármacos mediante la identificación de los efectos clínicos, farmacológicos o farmacodinámicos, las reacciones que pueden producir, o estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción que permitan establecer su seguridad y eficacia (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, p.50).

Esta etapa transcurre a través de las siguientes fases:

Fase 0. Microdosificación: consiste en dar pequeñas dosis a las personas (por debajo de las terapéuticas) para descubrir si los fármacos son capaces de modular su objetivo deseado (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, pp.90-91).

Fase I. Ensayos de farmacología humana: con 20-100 voluntarios y voluntarias sanas se pretende conocer el rango de la dosis y el comportamiento de la sustancia en el organismo (Seuba Hernández, 2010, p.82).

Fase II. Ensayos exploratorios de eficacia: aumentando el número de sujetos, esta vez con 100-500 pacientes (personas afectadas con la patología) se realizan ensayos para conocer los efectos secundarios, la dosis, la eficacia y la duración del tratamiento (Seuba Hernández, 2010, p.82).

Fase III. Ensayos confirmatorios de eficacia: finalmente, con 1.000-5.000 pacientes la finalidad es la misma, pero esta vez estos y estas quedan divididas en diferentes grupos siendo sometidos a antiguos medicamentos o placebos que sirvan de comparación con las sustancias a estudio (Seuba Hernández, 2010, p.82).

Tras este proceso que puede durar entre 6-7 años, el fármaco llega al proceso de *gestión de ciclo de vida y farmacovigilancia*. De 10.000 moléculas tan solo una de ellas llega a comercializarse. Para ello, en este último ciclo el fármaco debe pasar por un proceso de *autorización de comercialización* (Etapa 4). Las agencias reguladoras se encargan de dicho proceso que se rige sobre la seguridad, la eficacia y la calidad.

¹¹⁷ Las causas de la caída de fármacos durante el proceso de desarrollo pueden clasificarse porcentualmente en un 5% por razones comerciales, un 12% por otras, un 56% por la eficacia y un 28% por la toxicidad. FERNÁNDEZ ALONSO, M.ª C. y CAMPILLO MARTÍN, N.E. (2018). *Cómo se fabrica un medicamento: del laboratorio a la farmacia*. Madrid: CSIC/Los Libros de la Catarata. p.42.

Estos ejes, en cambio, fueron menos exigentes hasta la década de los 60. A causa de la catástrofe de la Talidomida (indicado como un somnífero y remedio para paliar las náuseas que las mujeres embarazadas sufrían durante el período del embarazo), donde muchas y muchos bebés nacieron con focomelia (deformaciones congénitas con los miembros humanos desarrollados de forma incompleta), se dio comienzo el control estricto de los medicamentos (Fernández Alonso y Campillo Martín, 2018, pp.15-16). Y es que antes, tan solo se requería que fueran seguros en los animales, mientras que de manera posterior se exigió seguridad y una eficacia demostrada a través de ensayos clínicos controlados (Armijo, 1998, p.187).

En lo que concierne a estas autorizaciones existen cuatro vías:

- 1) el *procedimiento centralizado* que permite comercializar el medicamento con tan solo una evaluación del EMA;
- 2) el *procedimiento nacional* donde son las autoridades nacionales las que se encargan de evaluar para poder comercializarlo en su territorio;
- 3) el *procedimiento descentralizado* que permite solicitar la autorización a varios países si todavía no ha sido autorizado por ninguno otro; y
- 4) el *procedimiento de reconocimiento mutuo* que se da en los casos en los que un medicamento esté reconocido por un EM y permite solicitar la autorización a otros (EMA, 2016, p.2)¹¹⁸.

Por concluir, siguiendo la cadena, antes de llegar a ser prestaciones sanitarias que puedan suministrarse a la población, cuando el fármaco es aprobado se emite la autorización de comercialización, trasladándose, por un lado, una ficha técnica con la información sobre el uso del medicamento dirigida a los profesionales sanitarios y, por el otro, un prospecto dirigido a las y los pacientes (AEMPS, 2014a, p.14).

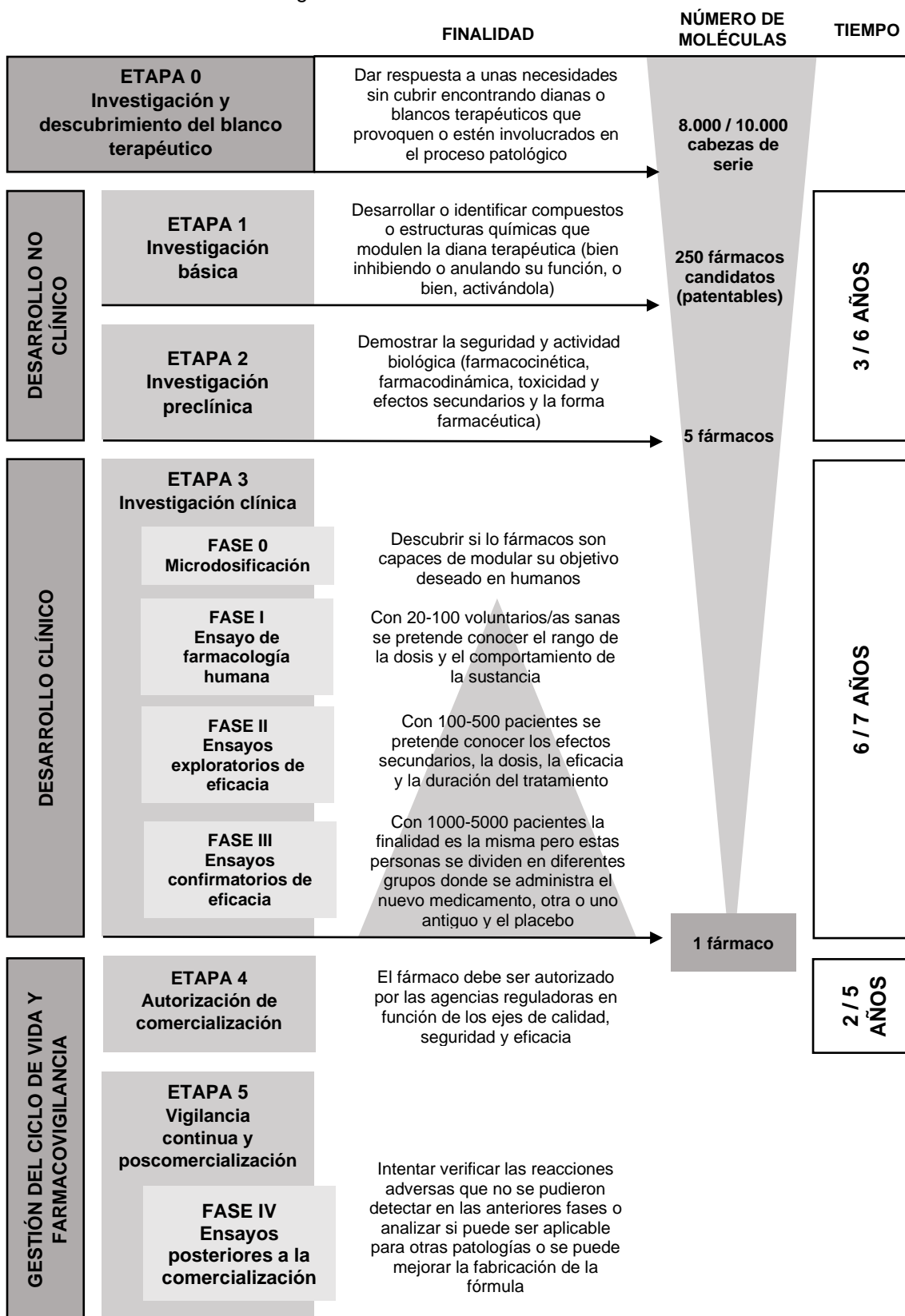
Tras este proceso que puede durar entre 2 y 5 años, la quinta etapa se desarrolla cuando el producto está en el mercado: *la vigilancia continua y la poscomercialización* (Etapa 5). En ésta se realiza un seguimiento del medicamento a través de la farmacovigilancia¹¹⁹ y este se somete a controles de calidad. A su vez, dentro de esta última etapa, el fármaco puede pasar por una *Fase IV* cuya finalidad será comprobar si el medicamento puede ser aplicable a nuevas enfermedades o explorar mejores maneras de fabricación y nuevas fórmulas (EUPATI, 2015).

Tras más de 10 años de desarrollo de media de un medicamento, se pasa a la cadena de suministro donde se promociona, se distribuye, se prescribe, se dispensa y se utiliza. La población consigue una respuesta para hacer frente a sus patologías y según el modelo sanitario y la financiación de este producto tendrá acceso (o no) a utilizarlo y a que sus necesidades se vean satisfechas.

¹¹⁸ Al respecto, de todas las nuevas autoridades dadas en 2014 en el Estado español (alrededor de 1.800) el 55% de ellas se basan en la tercera o cuarta opción, el 33% en la segunda y el 12% de manera centralizada por la EMA. Aunque cabe resaltar que esta última se ha vuelto frecuente en la actualidad en lo que concierne a la aprobación o visto bueno de las vacunas frente a la COVID-19. AEMPS (2014a). *Cómo se regulan los Medicamentos y Productos Sanitarios en España*. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. p.13.

¹¹⁹ "La ciencia y las actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro posible problema relacionada con los fármacos" OMS (2002a). *The importance of pharmacovigilance. Safety monitoring of medicinal products*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p.42.

Figura 8. La cadena de medicamentos



Fuente: elaboración propia basada en CIPIH (2006). *Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual: informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p.18; AEMPS (2014a). *Cómo se regulan los Medicamentos y Productos Sanitarios en España*. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; FERNÁNDEZ ALONSO, M.^a C. y CAMPILLO MARTÍN, N.E. (2018). *Cómo se fabrica un medicamento: del laboratorio a la farmacia*. Madrid: CSIC/Los Libros de la Catarata.

5.2.2. La regulación española del medicamento

A este recorrido efectuado hay que añadirle la legislación aplicada sobre estas prestaciones en materia de control y seguimiento. Desde finales del siglo XIX, la *Ley de 28 de noviembre de 1855, sobre el Servicio General de Sanidad* es de las primeras normativas que versa sobre “medicamentos” en el ordenamiento español. Una Ley con la que se dejó atrás la regulación sobre los “remedios secretos”, tal y como se conocían con anterioridad a estas sustancias que no tenían ningún control administrativo (Buhigas Cardó, Suñé Negre y Bel Prieto, 2012, p.18).

A causa de los graves problemas sanitarios, no fue hasta 1892 cuando se legalizó el medicamento específico¹²⁰ con la *Ley de Timbre de 30 de junio*, siendo reguladas las especialidades farmacéuticas¹²¹ con el *Reglamento para la Elaboración y Venta de Especialidades Farmacéuticas* de 1919 que fijaba la competencia y la responsabilidad de las y los farmacéuticos en su elaboración y registro. De esta forma, se dio inicio al registro farmacéutico español (Buhigas Cardó, Suñé Negre y Bel Prieto, 2012, p.18). No obstante, hasta entonces los controles y comprobaciones terapéuticas, higiénicas o analíticas no eran obligatorias (Rodríguez Nozal y González Bueno, 2004, pp.152-153).

Con el *RD de 9 de febrero de 1924* se propuso la creación de un centro técnico destinado a valorar y examinar productos farmacéuticos, estableciéndose entre los requisitos de los medicamentos la solicitud de autorización y registro. De esta forma, con el *RDL de 22 de diciembre de 1925* se constituyó el Instituto Técnico de Comprobación que establecía la obligatoria comprobación analítica de la fórmula declarada por la persona propietaria (Rodríguez Nozal y González Bueno, 2004, p.154).

Mismo Instituto que fue extinguido en 1931, trasladándose este al Instituto Técnico de Farmacobiología mediante el *RD 450 de 20 de enero* que, entre otros aspectos, tomó en consideración las sugerencias del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones con el objetivo de unificar la producción nacional a los Acuerdos aprobados internacionalmente (Buhigas Cardó, Suñé Negre y Bel Prieto, 2012, p.20).

En pleno régimen franquista, la *Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944* (ya señalada en la historia española del sistema sanitario) hace referencia a la normativa de registro y define las diferentes tipologías de medicamentos (Buhigas Cardó, Suñé Negre y Bel Prieto, 2012, p.20). El *Decreto 2464/1963 de 10 de agosto, por el que se regulan los laboratorios de especialidades farmacéuticas y el registro, distribución y publicidad de las mismas* donde se restringe la dispensación de especialidades farmacéuticas a las oficinas de farmacia y a los servicios de farmacia hospitalaria y se pone el acento en el control analítico de los medicamentos también fue posterior (Rodríguez Nozal y González Bueno, 2004, p.156).

¹²⁰ “[...] aquellos medicamentos cuya composición sea desconocida total o parcialmente y que se expendan en cajas, frascos, botellas o paquetes con etiqueta que exprese el nombre del medicamento, los usos a que se destine y la dosis”. MINISTERIO DE HACIENDA (24 de septiembre, 1892). *Ley del Timbre del Estado, de 15 de septiembre de 1892*. Gaceta de Madrid, n.º 268.

¹²¹ “[...] todo medicamento de composición conocida, distinguido con el nombre del autor o denominación convencional, dispuesto en envase uniforme y precintado para la venta en la farmacia de aquél y fuera de ella”. MINISTERIO DE GOBERNACIÓN (13 de marzo, 1919). *Real Decreto de 6 de marzo por el que se aprueba el Reglamento para elaboración y venta de especialidades farmacéuticas*. Gaceta de Madrid. art.1.

A nivel comunitario, en las mismas fechas dio comienzo la labor de armonización del derecho farmacéutico con la *Directiva 65/65/CEE del Consejo, de 26 de enero de 1965, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas, sobre especialidades farmacéuticas* (derogada posteriormente en 2001 por la *Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano*). En ella se consideró importante la supresión de los obstáculos que impedían los intercambios de especialidades farmacéuticas entre los países.

Estos últimos movimientos darían comienzo a una *segunda generación* de las leyes de medicamentos, tal y como señala la exposición de motivos de la *Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento*. Una generación donde, a causa de la catástrofe mundial de la Talidomida, las nuevas leyes que regulan los medicamentos comienzan a exigir la seguridad y eficacia demostrada mediante ensayos clínicos controlados. Así, países como Noruega (1964), Suecia (1964), el Estado español (1970), Suiza (1971) o Alemania (1976) adaptaron su legislación constituyendo Comités de Seguridad de Medicamentos.

Y es que cabe señalar que previamente, hasta la mitad del siglo XX, el proceso de investigación era escasa y no había clamor social que llevara a demostrar sus efectos terapéuticos o profilácticos. Lo importante entonces era que no fueran excesivamente nocivos, algo que no ocurrió con la Talidomida de la corporación farmacéutica alemana Grünenthal GmbH que antepuso los beneficios económicos a la integridad de los pacientes (Gøtzsche, [2014]2017, pp.96-97)¹²².

Tras lo dicho, en 1986 se reguló la *Ley 11/1986, de 20 de marzo, de Patentes* (que fue posteriormente derogada por la *Ley 24/2015, de 24 de julio, de Patentes*). En ella se actualizó el *RDL de 26 de julio de 1929* que prohibía que las fórmulas farmacéuticas y medicamentosas fueran objeto de patente de invención y, en su lugar, se introdujo la patentabilidad de los productos químicos, farmacéuticos y alimentarios alegando la armonización al sistema comunitario y al derecho europeo de medicamentos (constituido en parte con normas como el *Convenio de Múnich de 5 de octubre de 1973 sobre la Patente Europea* o el *Convenio de Luxemburgo sobre la Patente Comunitaria de 15 de diciembre de 1975*). De igual modo, su implementación se estableció para el 7 de octubre de 1992.

Ese mismo año el *Tratado de Maastricht* (conocido por sus exigencias deficitarias) marcó la evolución en materia comunitaria y en 1993 se avanzó con el *Reglamento (CEE) n.º 2309/93 del Consejo, de 22 de julio de 1993, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y supervisión de medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos*.

¹²² Un caso parecido al que ocurrió en el sector automovilístico con el Chevrolet Malibú. Un automóvil de General Motors que poseía un depósito de combustible en una ubicación peligrosa que podía suponer el incendio del combustible y, como consecuencia, la muerte de las personas que estaban en él. Como se vio probado en el juicio, General Motors fue consciente de este peligro, pero como le salía más rentable que muriera la gente a causa de los incendios y pagar las indemnizaciones que modificar el diseño de los vehículos, no realizó ningún cambio y asumió el riesgo. BAKAN, J. ([2003]2009). *Capitalismo caníbal. La corporación: la búsqueda patológica de lucro y poder*. Teià: Robin Book. pp.74-76.

Con este Reglamento se sientan las bases de la EMA, que entraría en marcha en 1995 con el objetivo de conceder la autorización a los medicamentos de manera más ágil, garantizando “una estrecha cooperación entre la Comisión y los Estados Miembros solamente tras una evaluación científica única de los medicamentos tecnológicamente avanzados del mayor nivel posible de calidad, seguridad y eficacia” (Consejo de las Comunidades Europeas, Reglamento (CEE) n.º 2309/93, 1993).

En este aspecto, en lo que concierne a la agencia reguladora española, la AEMPS fue creada a finales de la década de los 90 bajo el nombre de la Agencia Española del Medicamento conforme al articulado número 89 de la *Ley 66/1997*. Su objetivo principal consiste, según el *RD 520/1999* que aprueba su Estatuto, en “garantizar que los medicamentos de uso humano y de uso veterinario autorizados y registrados responden a estrictos criterios de calidad, seguridad y eficacia”.

En cambio, a partir de 2004 se puede hablar de una *tercera generación* que añade a los criterios de registro y seguridad, la eficacia y la innovación en el sentido que aporte algo positivo a los tratamientos ya existentes (Armijo, 1998, p.187). Esta nueva legislación, en el marco comunitario, lo forman normas como el *Reglamento (CE) n.º 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo*; la *Directiva 2004/24/CE*; la *Directiva 2004/27/CE*; o la *Directiva 2004/28/CE*; o la *Directiva 2004/83/CE*.

Finalmente, en relación con el proceso de medicamentos anteriormente descrito, el *RDL 1/2015* tiene su importancia en la medida que aprueba el texto refundido de *Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios* de 2006 (*Ley 29/2006*). En él, conforme a su artículo 1 se regulan:

Los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación clínica, su evaluación, autorización, registro, fabricación, elaboración, control de calidad, almacenamiento, distribución, circulación, trazabilidad, comercialización, información y publicidad, importación y exportación, prescripción y dispensación, seguimiento de la relación beneficio-riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para, en su caso, la financiación con fondos públicos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *RDL 1/2015*, 2015, art.1)

Por ejemplo, centrándonos en la última fase de la cadena de medicamentos (*La gestión del ciclo de vida y farmacovigilancia*), son competencia del gobierno del Estado español la autorización de la comercialización de los medicamentos, la fijación del precio máximo de financiación pública y la inclusión o no del medicamento al SNS (Lamata Cotanda *et al.*, 2017, p.265).

Si optásemos por analizar cada uno de ellos, las dos primeras, la autorización y el registro, se encuentran definidos en el artículo 10 donde la AEMPS es la principal encargada de la autorización conforme a la calidad, seguridad, eficacia, correcta identificación e información precisa sobre el medicamento.

En lo que concierne a la fijación del precio máximo de financiación pública, el organismo encargado conforme al artículo 94 del *RDL 1/2015* es la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM). Una Comisión que para la toma de decisiones debe tener en cuenta los informes del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (art. 91.8). El precio de venta público (PVP) será el resultado del precio de venta del laboratorio (PVL) (donde entra el precio de coste más un porcentaje empresarial) y los márgenes de distribución mayorista y dispensación en farmacia (Lamata Cotanda *et al.*, 2017, p.267).

Como tercer aspecto, conforme a la inclusión o no del medicamento al SNS, en el artículo 92.1 se establece que los criterios serán:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados.
- b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.
- c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.
- d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud.
- e) Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.
- f) Grado de innovación del medicamento. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, RDL 1/2015, 2015, art. 92.1)

De esta forma, el CIPM tiene la labor de negociar con el laboratorio el precio y la cantidad máxima que se va a cubrir con financiación pública estableciéndose, si resulta ser pertinente, unos “precios confidenciales”. Es decir, si se negocia por un tratamiento el precio de 40.000 euros, es posible negociar a partir de ahí descuentos, rebajas, precios inferiores o un máximo anual que puede reducir esa cifra a los 20.000 euros (Lamata Cotanda, *et al.*, 2017, p. 270).

Por su parte, las CCAA también disponen de comisiones de evaluación, propias de cada hospital o de carácter mixto dedicadas a analizar el medicamento y desarrollar informes de evaluación para tomar decisiones (Lamata Cotanda, *et al.*, 2017, p. 271). Como ejemplo, en el caso de estudio pudimos analizar la decisiones y consecuencias (no probadas causalmente) de la Subcomisión creada por el Sergas.

5.3. El control del Mercado y la “omisión” de los Estados

5.3.1. El control corporativo de la cadena de medicamentos

Tras lo señalado, podríamos centrarnos en que gracias a las condiciones de exclusividad que otorgan las patentes y permiten, prácticamente, la condición de monopolio a las y los titulares de un medicamento, la Industria Farmacéutica adquiere un poder que incide y manipula todo el proceso de la cadena de medicamento.

- a) *Proceso de investigación (Etapa 0)*: iniciando por el primer paso, tomando las palabras de Correa (2018), “el sistema de patentes promueve la investigación cuando hay mercado”. Ello quiere decir que, en muchas ocasiones (por no decir la mayoría), la investigación y el descubrimiento del blanco terapéutico responde a intereses pecuniarios y no a unas necesidades que no están cubiertas.

De esta manera, surgen los medicamentos *yo también (me too)* que pese a ser comercializados como nuevos, tan solo implican pequeñas variaciones y apenas ninguna innovación (Angell, [2004]2006, p.43; Gøtzsche, [2014]2017, p.368). Un hecho contrastado por Prescrire (2017) donde se analizó el valor terapéutico de los medicamentos introducidos en el mercado francés entre 2007 y 2016. La conclusión fue que de casi 1.100 medicamentos tan solo 12 tenían un valor terapéutico interesante (10) o excelente (2) (Prescrire, 2017, 133).

En el caso de la India con el Glivec de Novartis pudimos encontrarnos con la misma situación: el medicamento destinado a tratar la leucemia no resultó ser “auténticamente nuevo”. Por ello, sin ánimos de generalizar, el primer requisito para que un producto o procedimiento pueda ser patentable según el artículo 27.1 del *Acuerdo sobre los ADPIC* (“que sean nuevas”) se incumple.

En el mismo sentido, la protección intelectual del Sovaldi (el fármaco de nuestro caso de estudio) fue objeto de oposición por parte de distintas organizaciones. I-MAK, junto a la Red de la Gente Positiva de Nueva Delhi (*Delhi Network of Positive People*), presentaron en noviembre de 2013 la oposición a la patente pro-droga en la India. Su argumento fue que se trataba de “ciencia vieja” y que no cumplía con los estándares de patentabilidad de la legislación nacional porque no era “auténticamente nuevo”. Es decir, no era innovador pese a tener un valor terapéutico (Velásquez, 2018, p.76).

A ellos y ellas se sumó Médicos del Mundo que objetó la patente pro-droga del sofosbuvir ante la Oficina de Patentes Europea (EPO) con el fin de romper el monopolio que Gilead tenía sobre el medicamento, posibilitando la producción de genéricos más baratos que facilitarían la disponibilidad y el acceso (Médicos del Mundo, 2016; Rejón, 2015). Misma situación de rechazo que se dio en Egipto, China, Ucrania, Argentina, Brasil, Rusia, Tailandia o la UE¹²³.

De este modo, queda reflejado que uno de los principales fines en el origen del derecho a la propiedad intelectual es justamente lo opuesto en muchas ocasiones: no establece un espacio donde se incentive la innovación por parte de las corporaciones, sino que genera la oportunidad de *exprimir* un fármaco para poder conseguir de él el máximo lucro posible.

A su vez, las corporaciones se interesan más en tratar enfermedades crónicas ya que implican un mayor espacio de tiempo en el consumo de medicamentos (Correa, 2018). Por lo tanto, la prevención o las vacunas de estas patologías o de otras con alta incidencia, como la diabetes, no interesan porque no ofrecen “mejores perspectivas de venta” (UCL Institute, 2018, p.13). Misma situación que se da con vías potenciales de investigación médica como fármacos genéricos que pueden tratar nuevas enfermedades, pero no se exploran porque no son patentables o ya lo fueron o no son novedosos (UCL Institute, 2018, p.13).

Las enfermedades raras y las enfermedades olvidadas o ignoradas también son desatendidas porque no implican un “crecimiento mercantil” (Seuba Hernández, 2010, p.26; UCL Institute, 2018, p.13). Una situación parecida en la que terminan muchos medicamentos de nuestro mercado al ser desatendidos porque tienen un precio muy bajo o porque pueden desarrollarse alternativas con unos precios más altos (Sánchez Bayle y Fernández Ruiz, 2018, p.62).

Un ejemplo de estos desabastecimientos de medicamentos (que de vez en cuando aparecen en los medios de comunicación) es el de la Adrenalina autoinyectable de 0,3 mg al que el Ministerio de Sanidad rebajó su precio en un

¹²³ Para más información, donde también puede comprobarse que la mayoría de las oposiciones se encuentran “Bajo examinación”, puede acudir a: PATENT OPPOSITIONS (2021). Sofosbuvir. *patentoppositions.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.patentoppositions.org/en/drugs/sofosbuvir>

15%. Como resultado, el laboratorio ALK Abelló suspendió su comercialización y el Estado español tuvo que importarlo desde el extranjero pese a fabricarse en Madrid (62ymás, 2020)¹²⁴.

En suma, la corriente neoliberal que defiende una sociedad explotada y empresaria de sí misma (en términos de Han) cae en el lenguaje médico/farmacéutico que patologiza estilos de vida. Como señala Blech ([2003]2005, p.18) en una monografía dedicada exclusivamente a esta materia, “para cada enfermedad hay una pastilla. Y cada vez con mayor frecuencia, para cada nueva pastilla hay también una nueva enfermedad”. Así, existe un remedio para la caída del cabello, la fobia social o la disfunción eréctil (Blech, [2003]2005, p.74).

Además, cabe resaltar que el proceso de investigación es un proceso colectivo donde participan actores como las empresas privadas (grandes farmacéuticas y pequeñas biotecnológicas), instituciones públicas o las organizaciones de la sociedad civil (UCL Institute, 2018, p.4). En cambio, el dominio es común que termine en manos privadas.

Para hacernos una idea, un 10% de la financiación proviene de organizaciones sin ánimo de lucro (financiadas por contribuciones voluntarias), un 30% por los gobiernos (financiado por los presupuestos públicos) y el 60% por la Industria Farmacéutica (que invierte parte de lo obtenido por los sobrepagos de los medicamentos patentados). Una desigualdad que se agrava cuando cada actor actúa de forma aislada, siendo la colaboración insuficiente para abordar problemas complejos que no son modulares ni lineales (UCL Institute, 2018, p.16).

- b) *Proceso de desarrollo (Etapas 1-3)*: tras señalar que en muchas ocasiones son los intereses y no las necesidades de salud pública las que definen el inicio de la cadena de medicamentos, una vez establecida la diana terapéutica y la investigación clínica, muchos compuestos o estructuras químicas que pasan a la siguiente etapa son patentados.

En aquellos casos donde hasta entonces la financiación fue pública, entra en juego el sector privado y adquiere dichas patentes. En EE. UU., por ejemplo, a través de la *Ley Bayh-Dole (Ley de Enmienda a la Ley de Patentes y Marcas Registradas)* de 1980 se permitió a las universidades y pequeñas empresas con patentes (conseguidas gracias a los fondos de los Institutos Nacionales de Salud) ceder licencias exclusivas a las compañías farmacéuticas.

Un caso que nos afecta de cerca y que puede servir de comparación es la transferencia en 2002 de la patente de la Acadesina (destinada al tratamiento de la leucemia linfática crónica de tipo B) a la empresa Advancell por parte de la Universitat de Barcelona. Esta última se asoció después con la farmacéutica Protherics que aportó 28 millones y en el caso de su comercialización aseguró para esta universidad un 0,5% del beneficio (Lima Madureira, 2009, pp.49-50).

¹²⁴ Puede consultarse el siguiente documento que aborda los casos de desabastecimiento reciente que fue realizado por la Fundación Salud por Derecho y la Organización de Consumidores y Usuarios para la campaña No es Sano: BERNAL, I. ET AL. (2020). *El desabastecimiento y la escasez de medicamentos: análisis y recomendaciones de la Campaña No es Sano*. Madrid: No es Sano.

Respecto al Sovaldi, también se ha indicado que el resultado satisfactorio del fármaco tuvo como origen investigaciones de financiación pública. En el currículo de Raymond Schinazzi (fundador de Pharmasset) constaban una veintena de publicaciones resultado de investigaciones financiadas durante más de 20 años por diversas agencias públicas estadounidenses (Torres Bouza, 2018, pp.131-132). A su vez, cabe recordar que Pharmasset surgió de la financiación pública de la Universidad de Emory (Atlanta, EE. UU.) (Roy y King, 2016).

En muchas ocasiones las compañías también trasladan los ensayos a los países menos ricos, siendo el proceso más económico y los protocolos menos exigentes (Seuba Hernández, 2010, p.26). Aspecto al que se añade la falta de transparencia con información sesgada sobre los resultados de los ensayos clínicos.

El caso del oseltamivir (Tamiflu) es el más conocido respecto a este último punto. Un medicamento de Gilead que ante la alarma de la gripe A (H1N1) fue adquirido por muchos países del mundo. En cambio, posteriormente se descubrió que los ensayos fueron “maquillados” para dar determinados resultados (Sánchez Bayle y Fernández Ruiz, 2018, p.60).

c) *Proceso de comercialización (Etapas 4-5)*: finalmente, cuando el medicamento es autorizado por las agencias reguladoras y entra en comercialización (Etapa 4) las y los titulares fijan el precio del producto que posteriormente será negociado con los actores interesados. Los criterios para esta fijación son tres:

- 1) por el coste de I+D, producción y comercialización del fármaco (*cost-plus*);
- 2) por la referencia de los precios vigentes en otros países (*international reference pricing*); o
- 3) por el valor terapéutico del medicamento (*value based pricing*) (Rovira Forns y Espín Albino, 2009, p.85).

En la primera de ellas, el argumento utilizado hasta hace poco fue que el precio del medicamento era el reflejo de la inversión hecha en la investigación de dicho medicamento (junto a la del resto de proyectos fallidos). No obstante, este coste es dudoso ya que diferentes estudios no se ponen de acuerdo respecto a cuál podría ser el precio medio. Light y Warburton (2011), por ejemplo, establecían la media de coste en los 43,4 millones de dólares, mientras que otros lo establecen en los 100-150 millones (DNDi, 2013) o los 2.500 millones (Tufts, 2014)¹²⁵.

Cantidades discordantes que terminan demostrando la falta de transparencia de las compañías (Correa y Velásquez, 2018, p.2). Y es que las corporaciones ocultan los datos porque en el sistema no existe una dinámica lógica de precios, sino todo lo contrario. En el sistema impera aquella idea en la que los precios corresponden al máximo de lo que cada mercado puede asumir (Velásquez, 2015, p.26).

¹²⁵ Respecto a esta última fuente, Tufts Center, cabe aclarar que “si bien se encuentra en la Universidad de Tufts y tiene la apariencia de una empresa académica independiente, el Centro continúa siendo financiado en gran medida por la industria”. DUKES, G., BRAITHWAITE, J. y MOLONEY, J.P. (2014). *Pharmaceuticals, Corporate Crime and Public Health*. Cheltenham/Northampton: Edward Elgar. p.217.

De esta forma, el Estado favorece esta posición cuando oculta el precio de determinados medicamentos. La Comisión Vasca de Acceso a la Información Pública, por ejemplo, negó facilitar la información sobre los costes reales que implica el Kymriah a las administraciones públicas. ¿Las razones? Este tratamiento de Novartis es una novedosa terapia (del tipo CAR-T¹²⁶) que trata a las y los pacientes de hasta 25 años con leucemia linfoblástica aguda de células B r/r y para pacientes adultos con linfoma B difuso de célula grande r/r y puede llegar a costar 307.200 euros por terapia (Bernardo, 2020).

Más casos sobre la falta de transparencia los podemos encontrar en las resoluciones del Consejo de Transparencia y Buen Gobierno. Un organismo que responde a reclamaciones en diferentes materias y dan respuesta a disconformidades o a la falta de respuesta entre la administración y el o la reclamante. En dichas resoluciones se antepone el interés público a los intereses económicos y comerciales que tanto la administración o los laboratorios alegan cuando se solicita conocer las condiciones de financiación y precio de fármacos como el Sovaldi, el Hyrimoz o la Yescarta (Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, R-0266-2018, 2018; R-0478-2019, 2019; R-0885-2019, 2020)

Respecto al segundo criterio de fijación, el del precio por referencia, estos pueden fundamentarse en precios de tratamientos similares (internos) o precios de referencia internacional (externos). En el primer caso, el precio se establece conforme al precio vigente de los medicamentos que tengan efectos comparables; mientras que en el segundo, ese precio es el resultado de los precios que rigen en un conjunto de países y se calculan mediante la media de todos los países, de los tres precios más bajos, etc. (Rovira Forns, 2015, pp.41-42).

El problema de este criterio consiste en que las empresas pueden establecer un precio internacional único y más alto para que los países con alta capacidad de adquisición no consideren en el algoritmo el precio establecido en los países con bajos ingresos. Caso que también puede ocurrir con el retraso o la no comercialización de estas en los últimos países (Rovira Forns, 2015, p.42).

En el ejemplo del Sovaldi, en el Capítulo 3 definíamos que uno de los criterios de Gilead consistió en negociar con cada país. El precio del tratamiento fue muy dispar en países como Francia (41.000 euros), Argentina (5.000 dólares) o Egipto (999 dólares). En suma, en el último tramo de 2014, frente a las solicitudes de oposición de India, Gilead firmó un acuerdo de licencias voluntarias con 11 compañías de genéricos del país. Esto permitió la comercialización de copias a una lista restrictiva a cambio del pago de un canon. Para hacernos una idea, el precio de estos en 2016 fue de 750 dólares (Velásquez, 2018, p.77).

¹²⁶ “Tipo de tratamiento en el que las células T (tipo de célula del sistema inmunitario) del paciente se modifican para que ataquen a las células cancerosas. Las células T se extraen de la sangre del paciente, y en el laboratorio, se les añade el gen de un receptor especial que se une a cierta proteína de las células cancerosas del paciente. Este receptor especial se llama receptor de antígeno quimérico (CAR). En el laboratorio se producen grandes cantidades de células T con CAR y se administran al paciente mediante infusión. La terapia de células T con CAR se usa para el tratamiento de ciertos cánceres de la sangre, y está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer.”. NIH (2020). terapia de células T con CAR. *cancer.gov*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/terapia-de-celulas-t-con-car>

En cambio, el verdadero motivo detrás de ello no estaba centrado en la garantía del acceso a una mayor cantidad de población, sino ampliar las vías comerciales para tener cierto impacto en la India. Así, como “farmacéutica de los países pobres”, los genéricos penetraron en más mercados¹²⁷.

No obstante, la decisión de fijación más controvertida en la actualidad son los precios basados por el *valor terapéutico*. Un argumento novedoso que surgió cuando aparecieron los medicamentos con una alta tasa de eficacia (como los de la hepatitis C) y sirve para justificar sus altos precios. De aquí surge el dilema entre el coste y el valor: por un lado, el coste de producción y, por el otro, el precio más alto que está dispuesto a pagar la persona o institución consumidora. Mientras que estos últimos quieren el primer precio más bajo, la industria quiere que el segundo sea más alto (Lamata Cotanda *et al.*, 2017, p. XXVI).

Una decisión criticada por las y los expertos que consideran que el precio más adecuado debe basarse en el coste junto a una ganancia mínima. Es decir, frente a un 1.000% de beneficio, este debería ser del 10-15%¹²⁸. Y es que si los altos precios se establecen por *el valor* de un medicamento, la lógica misma nos dice que no debería de tener patentes si ello implica que sea considerado un medicamento esencial, es decir, un *fármaco salvavidas* (Lamata Cotanda, 2018).

Basta recordar la situación de las y los enfermos de hepatitis C que pudimos entrevistar en Galicia. Tras años y años con tratamientos “brutales”, “traumáticos” y “salvajes” por sus efectos secundarios (sobre todo por el interferón), el Sovaldi y su efectividad fue una noticia esperanzadora. Las y los enfermos, sobre todo aquellos que estaban en mayor gravedad, tenían la oportunidad de negativizar el virus.

Sin embargo, las dificultades en el acceso debido a su alto precio y esta estrategia basada en el *valor*, dificultó con su falta de asequibilidad la puesta en disponibilidad por parte de la administración. Todo en un contexto donde, recordemos, los Estados estaban intentando reducir el gasto público social.

Por otro lado, más allá de la fijación de precios, quienes conocen el sector farmacéutico por haber trabajado allí afirman que detrás de la etapa de comercialización los intereses por el valor pecuniario llegan hasta las y los

¹²⁷ En este sentido, MSF mostró su preocupación por estas licencias voluntarias concebidas a las empresas indias porque: 1) la licencia implicaba obligaciones y restricciones, excluyéndose del acuerdo 49 millones de personas afectadas en los países en desarrollo o más ricos; 2) la licencia de Gilead era poco transparente y se traducían en técnicas de *evergreening* (definida en la página 67, nota de pie n.º36); o 3) Gilead solicitó patentes secundarias como las formas de cristalización o composiciones, que aunque eran débiles, bloqueaban la competencia de genéricos. VELÁSQUEZ, G. (2018). 1.3. El acceso a tratamientos para el virus de la hepatitis C -HCV-: un problema mundial. En, COSTAS, E. y TORRES, X. M.^a (Coords.). *Hepatitis C: la revolución de los pacientes*, (pp.61-88). Paterna: Farmamundi. pp.78-79.

¹²⁸ Como pudimos observar con el Informe Wyden-Grassley, Gilead obtuvo el primer año 10.000 millones de dólares vendiendo el tratamiento del Sovaldi, o mejor dicho, cada pastilla, por 1.000 dólares. Una cifra mil veces superior al verdadero coste que tenía: 1 dólar. WYDEN, R. y GRASSLEY, C. (2015). *The Price of Sovaldi and its Impact on the U.S. Health Care System*. 114th Congress, 1st Session. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/CPRT-114SPRT97329/html/CPRT-114SPRT97329-Part1.htm>

profesionales sanitarios. Estas y estos, hasta hace muy poco, recibían visitas de la Industria donde les recomendaban recetar cierto medicamento a cambio de regalos como la asistencia a congresos en *resorts* de lujo.

Estas influencias generan los conocidos *conflictos de intereses*. Un caso conocido es el del ex comisionado del FDA, Lester Crawford, que dejó la agencia tras el escándalo con los efectos secundarios del analgésico Vioxx de Merck, convirtiéndose posteriormente en consejero ejecutivo de relaciones públicas de la misma corporación (Gøtzsche, [2014]2017, p.171). Un caso al que se le podría sumar el de Thomas Lönngren, exdirector de la EMA, que en 2010 abandonó su cargo y aceptó el puesto de asesor para la Industria (Goldacre, [2012]2013, pp.123-124).

Del mismo modo, la propia *Fase IV* es una herramienta que favorece que ciertos medicamentos puedan alargar sus patentes. A través del *evergreening*, se reemplazan patentes que se van a expirar por unas nuevas que responden a pequeños cambios, pero que no suponen mejoras clínicas. La cadena de medicamento vuelve a girar (Gálvez Zaloña y Lamata Cotanda, 2019, p.22)¹²⁹.

Por lo tanto, el ciclo del medicamento vuelve a partir de la fase 0 en algunas ocasiones: se “descubren” nuevos medicamentos para tener nuevas patentes y siguiendo la lógica salubrista del siglo XXI, la Industria va más allá y convierte los malestares o algunos estilos de vida en nuevas enfermedades que hay que tratar (Hubbard, [2002]2006, p.55). Un proceso que se conoce como *disease mongering*.

En conclusión, podría decirse que la posición de las corporaciones farmacéuticas en los rankings de beneficios es superior al resto de grandes corporaciones debido a los beneficios que obtienen. Afirmación reflejada en 2018 por la Asociación Acceso Justo al Medicamento (AAJM) que realizó un estudio comparativo entre las ganancias de las 10 empresas farmacéuticas más grandes del mundo y las 10 empresas más grandes del resto de sectores¹³⁰. Los resultados evidenciaron que las primeras obtuvieron en 2017 un 16% más de beneficios netos (un 23,56% frente a un 7,72%), mientras que la diferencia en gastos de marketing era de un 21,8% frente a un 7,35% (AAJM, 2018).

Unos porcentajes que no se reflejan en la inversión del I+D ya que sus objetivos son cortoplacistas y se dedican, por ejemplo, tal y como lo hace Pfizer (conocida por ser una de las empresas de las vacunas contra la COVID-19), en recomprar sus acciones para aumentar el valor de los que restan. Por ejemplo, esta corporación gastó 139 mil millones en la última década en recompras y dividendos, mientras que su gasto en I+D fue de 82.000 millones de dólares (UCL Institute, 2018, p.20).

¹²⁹ Y es que un medicamento puede contar con varias patentes ya que los procedimientos son patentables. Por ejemplo, el Humira cuenta con 247 pedidos de patentes, mientras que Herceptin posee 48 de protección. I-MAK (2018). *Overpatented, Overpriced: How Excessive Pharmaceutical Patenting is Extending Monopolies and Driving up Drug Prices*. I-MAK. p.7.

¹³⁰ Empresas Farmacéuticas: Johnson & Johnson (EE. UU.), Pfizer (EE.UU.), Novartis (Suiza), Roche (Suiza), Sanofi (Francia), Merck (EE.UU.), Bayer (Alemania), AbbVie (EE.UU.), Gilead (EE.UU.) y GSK (EE.UU.). Empresas del resto de sectores: Walmart, Royal Dutch Shell, Volkswagen, BP, Exxon Mobil, Berkshire Hathaway, Apple, McKesson, Glencore, United Health. Datos tomados de los informes anuales, declaración financiera, correspondientes al año 2017. AAJM (2018). *Las ganancias de las empresas farmacéuticas triplican las de las 10 empresas más grandes de otros sectores*. Madrid: Asociación Acceso Justo al Medicamento.

5.3.2. El papel y las obligaciones de los Estados

El papel de los Estados (que en el Estado español puede comprender tanto al Gobierno como a las CCAA), ha sido determinante en la garantía del DAME tras el estallido financiero. Como pudimos observar en el anterior capítulo, el gasto público sanitario disminuyó un 9,6% de 2009 a 2018, mientras que el privado aumentó un 16,28% (Amnistía Internacional, 2020, p.6). Una cifra a la que contribuyó en parte la *contrarreforma* del propio sistema sanitario.

En materia farmacéutica, Lamata señalaba que el gasto farmacéutico total de 2009 a 2016 se redujo un 3,8%, cumpliéndose los objetivos neoliberales auspiciados por el FMI o el BM centrados en reducir el gasto. No obstante, conforme a las implicaciones del *RDL 16/2012* (que introducía el copago a pensionistas, excluía una serie de medicamentos de la financiación pública o retiraba el derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras en situación irregular) parte de este gasto pasó a los bolsillos de la población situando el aumento real del gasto farmacéutico en el periodo en un 5% (Lamata, 2020b, pp.133-134).

Según estimaciones de la memoria anual de 2017 de Farmaindustria (la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica española), el gasto es excesivo en comparación a los costes de fabricación, investigación y beneficio industrial razonable. Si bien el gasto farmacéutico pagado con los sobrepagos era de 9.141 millones, los gastos reales de I+D eran de 966 millones. Una diferencia de 8.175 millones de euros (Gálvez Zaloña y Lamata Cotanda, 2019, pp.58-59).

8.175 millones de ganancias “extra” que la Industria destina para investigar fármacos que no responden a unas “necesidades sin cubrir”; para alargar los plazos de protección de medicamentos ya patentados y patologizar estilos de vida; o fortalecer en muchas ocasiones el vínculo padecimiento-medicamentos o las necesidades impulsivas que convierten los medicamentos en la solución para todo, dentro del misticismo que lo rodea a través de cerca del tercio de las ganancias invertidas en marketing.

A su vez, lo que es ganancia para algunos o algunas, es pérdida para otros u otras. En este sentido, el gasto público incrementa innecesariamente mientras que las políticas neoliberales intentan reducirla desde el plano del personal, la calidad de algunas prestaciones o la AP.

Por otra parte, tal y como se recuerda en el *Acuerdo sobre los ADPIC*, los Estados son quienes deben garantizar la ejecución de la protección de la propiedad intelectual y su exclusión en casos de extrema urgencia. Sin embargo, junto a los casos descritos (y nuestro caso de estudio sobre la hepatitis C), podemos hablar de incumplimiento del artículo 27.2 del Acuerdo cuando los Estados no dejan de dar una patente frente a los casos donde la salud y la vida de las personas se vea en peligro.

Una posición contraria a los casos que anteponen el DAME frente a la propiedad intelectual aplicando, por ejemplo, las *flexibilidades* (en cuanto a mecanismos y provisiones para proteger la salud pública) que permiten revocar la exclusividad que dan las patentes y asegurar la entrada de genéricos (Gálvez Zaloña y Lamata Cotanda, 2019, p.16).

En cambio, aplicar las *licencias obligatorias* (mecanismos que permiten quitar la patente de manera temporal y son otorgadas por el Estado a favor de una persona natural o jurídica) o el *uso público no comercial* (que la dicta el Estado sobre una invención patentada para su uso propio y donde pueden intervenir contratistas), es complicado en los países que tienen más que perder. Y es que, junto a las amenazas arancelarias, los mecanismos de exclusividad dificultan este proceso (los denominados *ADPIC plus*) (Correa y Velásquez, 2018, p.12).

Sin ir a otros ejemplos, cuando Gilead concedió licencias voluntarias para fabricar genéricos en la India, limitó su distribución a 101 países. Por ejemplo, Rumanía (uno de los excluidos) contempló la licencia obligatoria para el sofosbuvir en 2016, cuando en la UE solo estaba disponible por la empresa original a 50.000 euros. Y dado que el registro de una versión genérica no era posible antes de la expiración de estos derechos exclusivos hasta 2022, como cualquier otro país cercano y rico, no pudo aplicar licencias sobre este medicamento (‘T Hoen, Boulet y Baker, 2017, p.4).

En el lado contrario, entre los casos donde hubo voluntad para utilizar estos mecanismos, resalta en primer lugar también la India. En 2012 aplicó una licencia obligatoria para el sorafenib (Nexavar), un medicamento contra el cáncer de hígado de Bayer. Para justificar dicha negociación alegaron que no podían hacer frente a los 3.300 dólares al mes que costaba el tratamiento, por ello permitió a la empresa local Natco producir una versión genérica de 175 dólares. En consecuencia, EE. UU. realizó presión política sobre la India con el objetivo de revertir la situación, colocando la Oficina del Representante Comercial a la India en la lista de vigilancia por no respetar las patentes (Wise, 2014).

Junto a este ejemplo, podrían mencionarse más casos internacionales que reflejan la preocupación de algunos Estados por parte de las necesidades de la población, así, la mayoría de ellas se han aplicado para hacer frente a la crisis sanitaria del VIH/SIDA (como la de Zimbabue en 2002 para producir siete versiones genéricas de medicamentos antirretrovirales -ARV-, la de Malasia en 2003 para importar ARV de la India durante 2 años o las de Zambia y Mozambique en 2004 para la fabricación local de ARV). Países como Tailandia en 2007 o la India en 2012 también la aplicaron para dar respuesta a cuatro medicamentos anticancerígenos en el primer caso y al sorafenib, anteriormente mencionado, en el segundo (Correa y Velásquez, 2018, pp.13-14).

En lo que respecta al *uso público no comercial*, el gobierno de Ghana lo aplicó en 2005 para importar genéricos de la India para el VIH/SIDA, reduciendo los costos al año por paciente considerablemente (de los 495 dólares iniciales a los 235 dólares). Aplicación a la que en 2017 también decidió sumarse Malasia con el Sofosbuvir (medicamento para tratar la hepatitis C) para garantizar su abastecimiento en la red de hospitales públicos (Correa y Velásquez, 2018, p.25).

Del mismo modo, ‘T Hoen *et al.* (2018) llegaron a la conclusión de que el uso de flexibilidades, pese a no ser frecuente, es posible aplicarlas. Tras identificar 176 casos posibles en 89 países entre 2001 y 2016, se percataron de que la mayoría de ellas (en un 56,8%) eran licencias obligatorias o licencias de uso público no comerciales y de ellas 152 fueron satisfactoriamente implementadas (un 86,4%), cubriendo 14 enfermedades diferentes y siendo en su mayoría (en un 77,8%) el VIH/SIDA.

En suma, en lo que respecta a materia sanitaria, el DAME y el derecho a la salud, como derechos sociales y no fundamentales (según la CE y el marco comunitario), pudimos observar que se encuentran en un espacio difuso donde las obligaciones parecen ser más negativas (la obligación del Estado de no interferir) que positivas (el requerimiento de la intervención estatal). Y es que tal y como dijo el Tribunal Supremo en el Auto de la querrela contra Ana Mato y otros cargos, estos apelan a unas “obligaciones de medio” por parte de los Estados donde la responsabilidad se centraría en “desplegar un conjunto de actividades tendentes y orientadas al mantenimiento, restablecimiento y mejora de la salud” (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Auto de Resolución 20119/2015).

Como resultado, tras lo visto en el Capítulo 4, podemos decir que ese mandato se incumple. A lo que se añade la vulneración del artículo 12 del PIDESC que recordaba que los EM “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, donde entre las medidas para asegurar este derecho estarían “la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas” o “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (AGNU, 1966).

Mismas garantías reconocidas por la *Observación general n.º14* del CDESC que incluía entre las condiciones el “tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, [...] el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental” (CDESC, 2000, pt.17). Incluso el reciente Objetivo 3 de la *Agenda 2030* de 2015 propone “lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (AGNU, 2015, pt.3.8).

En definitiva, se abre un debate profundo sobre este objeto de estudio ya que ante el incumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones en materias de salud y medicamentos, se reflejan dos resultados conexos: el papel fundamental de las grandes corporaciones en el poder jurídico-político y la falta de responsabilidad por las necesidades de la población. Dos puntos que, unidos, representan que estamos ante una lógica estructural que genera graves consecuencias en la vida de las personas.

5.3.3. Consecuencias e irresponsabilidades de la falta de garantía del DAME

Con el objetivo de exponer unas ideas principales sobre la responsabilidad y sintetizar lo analizado hasta ahora, queremos finalizar el capítulo recalcando que frente a la gran cuestión sobre quién tiene responsabilidad en garantizar el DAME o quién es el culpable de su incumplimiento, la respuesta ha de contestarse en primera persona del plural.

Por retomar las tesis que Iris Marion Young (2011) dejó póstumamente, resulta complicado e insuficiente exigir una responsabilidad legal en lo que respecta a las obligaciones que atañen o se incumplen en una injusticia estructural. En nuestro caso, acabamos de señalarlo: la *exclusión farmacéutica* se produce en parte porque nadie se quiere hacer responsable de él ya que, en cuanto se deriva de la no garantía de un derecho social y/o emergente (el DAME), no hay obligación positiva que se pueda esperar según el Tribunal Supremo.

Por ello, podemos decir que nos encontramos ante una cuestión complicada donde vemos necesario acudir al debate filosófico-político o moral. Por lo dicho, hay que partir corrigiendo la cuestión inicial que planteábamos (quién tiene responsabilidad y quién es el culpable). Según entendía Arendt, cuando hablamos sobre la culpa y la responsabilidad no nos estamos refiriendo a lo mismo.

Su posición parte del ejemplo dado en Alemania tras los hechos promovidos y realizados por el régimen nazi se dijo “todos somos culpables”. Una posición a la que la conocida judía alemana respondió que “Donde todos son culpables nadie lo es. La culpa, a diferencia de la responsabilidad, siempre selecciona; es estrictamente personal. Se refiere a un acto, no a intenciones o potencialidades” (Arendt, [2003]2007, p.151). Es decir, la *culpa* se comprende en términos singulares y responde a las acciones que un determinado sujeto ha realizado (u omitido)¹³¹. Así, al pronunciar esas palabras lo que se hacía era exculpar a las y los culpables.

Por otro lado, la *responsabilidad* sí que es colectiva. Según Arendt, todas y todos somos responsables ante *nosotras* y *nosotros* mismos. En estos términos, lejos de una responsabilidad ligada a un Estado-nación o territorio, la pensadora señaló que somos responsables frente aquel espacio público que compartimos; “el precio que pagamos por el hecho de que no vivimos nuestra vida encerrados en nosotros mismos”, situación que Arendt ([2003]2007, p.159) definió como *responsabilidad vicaria*¹³².

En este sentido, en caso de volver a preguntarnos sobre quién tiene responsabilidad en que el acceso a medicamentos esenciales sea un problema estructural y global, la respuesta se encuentra en nosotras y nosotros mismos, en cuanto que no vivimos como naufragas o apátridas sin ninguna comunidad. De esta manera, más allá de una visión local, Arendt enfatiza que la cuestión no debe centrarse en términos individuales, liberales y autónomos contruidos por el ideario modernizador, sino desde la propia *interdependencia* y relación con las y los otros: “La cuestión no es nunca si un individuo es bueno, sino si su conducta es buena para el mundo en el que vive. El centro de interés es el mundo y no el yo” (Arendt, [2003]2007, p.154)¹³³.

Sin embargo, como bien explica y sintetiza Sánchez Muñoz (2011, 2013) a la hora de relacionar las tesis de Arendt y Young, esta última, en sus intentos por examinar

¹³¹ Tesis que en las mismas fechas también presentó Jaspers señalando que frente al “Esta es vuestra culpa” y su vínculo con el Proceso de Nuremberg: “No es el pueblo alemán el que se encuentra aquí ante el tribunal, sino alemanes acusados individualmente como criminales, pero fundamentalmente todos los dirigentes del régimen nazi”. JASPERS, K. ([1946]1998). *El problema de la culpa: sobre la responsabilidad política de Alemania*. Barcelona: Paidós. p.71.

¹³² Tesis parecida a la sostenida por Lévinas que daba como única solución a la erradicación del egoísmo y narcisismo, el encuentro con el Otro: “Desde el momento en que el otro mira yo soy responsable de él sin siquiera tener que tomar responsabilidades en relación con él; su responsabilidad me incumbe. Es una responsabilidad que va más allá de lo que hago... yo soy responsable del otro sin esperar la reciproca, aunque ello me cueste la vida”. LÉVINAS, E. ([1961]2000). *Ética e infinito*. Madrid: A. Machado, p.80.

¹³³ “La noción de responsabilidad afecta a la vida personal, a las relaciones que mantenemos con otras personas, y también a la relación de las personas con el Estado, con las empresas y con las instituciones sociales. El criterio de responsabilidad, su discusión y su concreción, forma parte de cómo se organiza la vida en común”. MADRID PÉREZ, A. (2015). 6. Poderes irresponsables: la reconfiguración contemporánea del concepto políticojurídico de responsabilidad. En, ESTÉVEZ ARAÚJO, J.A. y MESSINA, G. (Eds.), *La democracia en bancarrota*, (pp.109-126). Madrid: Trotta. p.111.

cómo se producen las injusticias estructurales en la globalización, dio una solución a la tesis simétrica que hacía Arendt a la hora de no diferenciar la responsabilidad conforme a la situación social de cada individuo (Sánchez Muñoz, 2011, p.167).

En consecuencia, la pregunta que Young se hizo fue la siguiente: ¿es posible seguir hablando de una responsabilidad vicaria donde todas y todos somos responsables, en el contexto de la globalización, por el simple hecho de pertenecer a una comunidad concreta? A lo que respondió: sí, pero con cierta asimetría. La vulnerabilidad de unos o unas responde al beneficio de otras u otras.

No todas y todos tienen el mismo nivel de responsabilidad en cuanto a que las injusticias estructurales, entendidas en su mayoría como acciones sin intencionalidad de causar daños (sin culpa) y ser ejecutadas por diversos agentes, surgen por nuestras *relaciones sociales* (Sánchez Muñoz, 2013, pp.65-66).

Nuestras acciones están basadas en parte en las acciones de los demás, en el sentido de que dependemos de ellas para realizar ciertas tareas, y en la medida en que nuestro conocimiento general de lo que otros hacen nos permite formular expectativas, y predicciones, sobre los hechos y resultados prácticos que nos afectan o que condicionan nuestras acciones. En un mundo de mercados globalizados, [...] Las relaciones sociales que nos conectan con los demás no se ven restringidas al marco del Estado-nación. Nuestras actividades se ven condicionadas y contribuyen, a su vez, a prácticas que afectan a individuos lejanos a nosotros, así como sus acciones contribuyen al desarrollo de prácticas por las cuales nos vemos afectados. (Young, 2005, p.692)

Por ejemplo, Young dio como ejemplo de injusticia estructural la industria mundial de la ropa. Recordando los movimientos sociales contra la explotación y las pésimas condiciones laborales (fábricas pequeñas, población trabajadora joven de 13-14 años, acoso sexual, trabajo de 10-16 horas, pocas pausas, salarios mínimos, sin contratos formalizados, etc.), describió que sus reivindicaciones se centraron en pedir a gobiernos municipales o universidades que asumieran su responsabilidad cuando compraban ropa y compararan las condiciones y derechos laborales de las y los trabajadores que tejían dicha ropa. A su vez, las octavillas que entregaban a la entrada de las tiendas tenían el mismo cometido: estaba dirigido a que las y los consumidores asumieran que tenían un papel particular en la producción de dichas injusticias (Young, 2005, pp.693-695).

En cuanto a la cadena de trabajo y el sistema de subcontratación donde muchas de las grandes empresas norteamericanas y europeas se nutren a través de un comercio transnacional, Young afirma que “la injusticia estructural se produce cuando el funcionamiento conjunto de las acciones que se producen en las diferentes relaciones coloca a individuos de diferentes niveles bajo una amenaza sistemática de dominación”, mientras que al mismo tiempo, “permiten que otros dominen o tengan acceso a abundantes recursos” (2005, p.697).

En estos términos, la responsabilidad es *compartida* en cuanto estos daños se producen y se alimentan de las acciones de diversos individuos y organismos. De esta manera, más allá del modelo de responsabilidad (que ella llama *liability*) o la responsabilidad como obligación (que recordemos que en nuestro caso se ve incumplido tanto por parte de los Estados como, por parte de la Industria Farmacéutica), resulta necesaria una concepción diferente, sin restar importancia a las obligaciones jurídicas donde, el resto de las y los agentes involucrados en estos procesos socio-estructurales se comprendan como responsables (Young, 2005, p.701).

Por tanto, si bien, tanto en el ejemplo de la industria textil como en el mundo de los medicamentos, las y los consumidores y comerciantes son participes con sus acciones, es necesario que la responsabilidad sea colectiva. Lo que diferencia la culpa de la responsabilidad puede sintetizarse en cinco puntos:

- 1) *No tiene ánimo de aislar*: en contra del *liability*, no se pretende aislar a determinados individuos u organizaciones. Con declarar culpable a una persona o entidad no se exime de responsabilidad a aquellas que con sus acciones contribuyen a que estas injusticias se perpetúen (Young, 2005, p.702).
- 2) *Evalúa las condiciones originales*: esta opción no se queda tan solo en una idea donde las normas son aceptadas y los principios son institucionalizados, algo que puede ocurrir muy comúnmente a la hora de interpretar lo que es crimen y qué orden social altera dicho comportamiento u omisión.

Según Young, es necesario examinar de manera crítica aquello que se da por sentado y mirar por ejemplo, en el caso de la industria textil: la sociedad de consumo, la moda y sus temporadas que suben la demanda, las grandes campañas de publicidad, los altos niveles de desempleo que hay en los países donde trabajan esta población explotada, etc. (Young, 2005, p.703).

- 3) *Más proyección que condensación*: de forma contraria a la culpa, que se enfoca en el pasado y podría decirse que es retroactiva, el modelo de conexión social es proyectivo. Las injusticias estructurales seguirán estando en cuanto a que es imposible trazar unas líneas claras entre causa-efecto, las acciones de las y los individuos y organizaciones y su impacto.

En estos términos, de nada resulta culpar, sancionar o buscar una reparación porque estos daños son *permanentes* (Young, 2005, p.704). Por ejemplo, cuando el movimiento contra la explotación se concentra frente a las fábricas o multinacionales, para nada se busca el cierre de dicho establecimiento o una sanción para aquella persona que la dirige. El cierre traería que se abrieran otros, la sanción no terminaría con la situación de las y los trabajadores

Por lo tanto, al hablar de responsabilidad y no de culpa, lo que se hace es “invitar encarecidamente a que las cambien [las injusticias] aquellos que contribuyen con sus acciones al proceso de acción colectiva” (Young, 2005, p.705).

- 4) *Responsabilidad compartida*: de todo esto se deduce que a la hora de señalar quién es responsable, más allá de aquellas o aquellos que podemos llamar “culpables”, las injusticias estructurales comparten responsabilidad.

Cada uno es personalmente responsable por el resultado sólo de forma parcial, ya que no puede producir por sí solo los resultados; la parte concreta que cada uno aporta a la hora de ocasionar un resultado no puede aislarse y distinguirse de las demás; es por eso por lo que la responsabilidad es esencialmente compartida. (Young, 2005, p.705)

- 5) *Solo es posible mediante la acción colectiva*: para finalizar, “la responsabilidad en sentido proyectivo sólo puede llevarse a cabo uniéndose con los demás en una acción colectiva” (Young, 2005, p.705). En cuanto a la responsabilidad compartida que mira al futuro, se podría decir, uniendo con las tesis de Arendt, que todas y todos somos responsables de mantener el *mundo*: ser guardianes de la memoria y luchar con acciones que transformen estos daños.

Por todo ello, queda en evidencia que es difícil la exigencia de responsabilidades a distintas/determinadas estructuras de poder. Madrid Pérez (2015, p.115) sintetiza ciertos aspectos de actualidad en lo que concierne a este tema. El primero de ellos consiste en que, con la Modernidad, la responsabilidad (como lo describimos con la enfermedad) ya no es fruto de las decisiones divinas o su destino.

Con la aparición del coche, por ejemplo, las y los ingleses de comienzos del siglo XX conocieron nuevas posibilidades de transporte para los caminos no asfaltados y las deterioradas calles de las ciudades. Unas máquinas ruidosas, pesadas y un tanto veloces que, en un determinado momento, se percibieron como peligrosas (chocaban con los carros, no frenaban a tiempo, atropellaban a viandantes, etc.).

En este sentido, con el paso del tiempo y los altos índices de accidentes de tráfico, dejando la voluntad de los dioses o el destino a un lado, se reglamentaron normativas, la obligación de contratar seguros o se constituyeron cuerpos policiales de tráfico. Es decir, se comenzó a responsabilizar (señalar a una persona o entidad) por determinados resultados (Madrid Pérez, 2015, p.116).

Sin embargo, aquí se presenta la gran paradoja, hay ciertas acciones (las injusticias estructurales) donde resulta muy difícil atribuir estas responsabilidades: “heredamos un pensamiento que exige identificar la responsabilidad por el mal que nos afecta pero tendencialmente [...] se incrementa la irresponsabilidad en las actuaciones de los centros de poder” (Madrid Pérez, 2015, p.116).

Como resultado, podría señalarse que la problemática respecto al DAME puede ser comparable con el calentamiento global. ¿Cómo es posible establecer responsabilidad en el caso donde los coches que conducimos, los aviones en los que viajamos o los gases que emiten las vacas de las que nos alimentamos contribuyen al calentamiento? La gran respuesta a esta investigación se encuentra en la vía abierta por el autor: “hay que hablar de cómo establecer modelos de consumo, de producción y de transporte que no provoquen el efecto invernadero” (Madrid Pérez, 2015, p.117).

Por lo dicho, llamando a la reflexión sobre una responsabilidad compartida, como primer paso fundamental, resulta necesario apelar a la *interdependencia* para que el siguiente paso pueda dirigirse hacia un control soberano de estos poderes irresponsables. De esta manera, recordando la figura de la PGAHC y las acciones que realizaron tras negativarse del virus por un “impulso” o una “obligación moral”, está en manos de todas y de todos ser conscientes de que las injusticias estructurales existen y se forman y se aplican siguiendo una conexión entre distintos actores por medio de diversos mecanismos (muchas veces invisibles y estructurales).

En síntesis, se puede intuir que la garantía del derecho al acceso a medicamentos esenciales (aquellos a lo que hemos decidido llamar DAME) pende de un hilo en la medida que se favorecen políticas y métodos enfocados en el interés económico capitalista. Como hemos podido simplificar, la propia OMS, que hoy es controlada por los grandes intereses del Mercado¹³⁴, lleva desde la década de los 90 advirtiendo que la propiedad

¹³⁴ Para profundizar sobre el control de la institución por parte de la Fundación Gates o el negocio opaco con consultoras como McKinsey, véase: BELLUZ, J. y BUISSONNIERE, M. (13 de diciembre, 2019). How McKinsey infiltrated the world of global public health. *vox.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.vox.com/science-and-health/2019/12/13/21004456/bill-gates-mckinsey-global-public-health-bcg>

intelectual de los medicamentos favorecen a los países más ricos. Incluso que frente a los altos precios y el negocio que las farmacéuticas aplican, los Estados tienen la posibilidad de aplicar determinadas flexibilidades.

Aun así, el poder económico liderado por estos actores sobre el poder político de los Estados es cada día mayor. Esta situación fomenta que las intervenciones públicas (salvo casos recién citados de algunos países del Sur) no se centren plenamente en las necesidades de la ciudadanía, pese a que ellos mismos ratifiquen sus obligaciones en los tratados internacionales. Es decir, a los Estados no les interesa actuar y caen en una especie de comisión por omisión respecto a los daños que estamos describiendo.

La situación se agrava cuando es complicado reflejar una clara relación causa-efecto entre todas las acciones u omisiones que hemos citado en el deterioro del sistema sanitario y la protección de los medicamentos y la situación de exclusión donde muchas personas (al no ver satisfechas sus necesidades vitales) fallecen. Por eso, hablar de obligaciones desde un marco jurídico es débil e insuficiente. La salud y el acceso a medicamentos no tienen el carácter suficiente en un mundo globalizado, liberal y capitalista como para merecer una mínima preocupación que no sea la caritativa.

Por todo ello, las y los consumidores de medicamentos tenemos parte de responsabilidad en cuanto fomentamos que ciertos medicamentos estén protegidos y en otros países no se pueda tener acceso a ellos o, favorecemos el beneficio de la Industria cuando pagamos en muchos casos por unas prestaciones que en un SNS deberían ser gratuitas.

En síntesis, recordando lo dictado en el Capítulo 2, señalamos que *la exclusión farmacéutica* es un concepto amplio en cuanto refleja tres aspectos:

- 1) el carácter estructural promovido por las decisiones y políticas de las instituciones (es decir, no todo depende de la responsabilidad individual);
- 2) el carácter multidimensional caracterizado no tan solo por los motivos económicos, sino también por las transformaciones políticas, de participación social o acceso efectivo al bienestar público; y
- 3) el carácter procesual, ya que es el resultado de un camino que pasa por diferentes bases como la privatización del sistema, los recortes del sistema o la poca capacidad adquisitiva de la misma por estas razones, inclusive por el alto precio de los medicamentos.

CAPÍTULO 6. UNA VIOLENCIA ESTRUCTURAL: LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA EN EL CONFLICTO CAPITAL- VIDA Y COMO OBJETO DE ESTUDIO CRIMINOLÓGICO

Tras todo este proceso, consideramos que estamos a disposición, ahora sí, de responder de una manera sintética cómo se produce la exclusión farmacéutica. Al menos este es el intento que nos proponemos realizar en el primer apartado de este capítulo (6.1. *La receta de la exclusión farmacéutica*). Un intento de esquematizar una violencia estructural que parte de una gran debilidad: no conocemos las cantidades exactas de los ingredientes (incluso, ni muchos de esos ingredientes) que, juntos y bien mezclados, producen su resultado.

Así, podemos reconocer que no contamos con las cantidades concretas de cada ingrediente que puedan formar esta receta. No obstante, con lo visto en los capítulos teóricos como con las vivencias por parte de las afectadas y afectados de la PGAHC en el Capítulo 3, creemos que podemos realizar una aproximación a los principales componentes de nuestro objeto de estudio.

En estos términos, partiremos definiendo las características principales de la Modernidad que consideramos que ha favorecido la materialización de las injusticias estructurales, aquellas definidas por Young (2005, p.687) como las situaciones en las que se ven envueltos determinados individuos bajo una sistemática amenaza de dominación producida a causa del funcionamiento de un conjunto de acciones realizadas entre las distintas relaciones que se dan entre diversos actores.

Con el supuesto abandono de la fe, la metafísica, la cosmología, y la magia (dígase la secularización), a las órdenes del sujeto autónomo, la razón o la neutralidad científica, parece que el orden terminó por fomentar la violencia. De esta manera, junto a un estado de derecho cimentado en el individualismo y un contrato social excluyente, las necesidades humanas de una gran parte de la población y su satisfacción se obstaculizaron a favor de la de unos pocos.

En estos términos, teniendo un lugar predominante el capitalismo y sus más recientes formas (como el neoliberalismo), acto seguido detallaremos las distintas características que se dan en diversos planos como el económico, el político, el cultural o el jurídico. Cuatro poderes que articulan la lógica del capital y que hemos decidido dividir (pese a que se retroalimentan y pueden confundirse) para facilitar la distinción entre las diferentes estrategias y medios que “mezclándolas” posibilitan nuestro objeto de estudio.

Por ejemplo, destaca el papel de los organismos internacionales, las corporaciones o la concepción de los bienes en el plano económico; el papel de los Estados o el debilitamiento de la democracia y la soberanía en lo político; el control del discurso, la culpa o la banalización del mal en lo concerniente a lo cultural; y la *lex mercatoria*, los derechos en precario o el poder de los grandes tratados en el plano jurídico.

En definitiva, esta receta podría ser una de las muchas que se podrían exponer en el escaparate del conflicto capital-vida (6.2. *El marco del conflicto capital-vida*), un conflicto que tiene como antecedente la conocida disputa entre el trabajo asalariado y el capital y ha venido a ampliar las consecuencias de esta tensión en un sentido más amplio como es el impacto y daño en la vida misma y los medios para satisfacer las necesidades vitales que la sostengan.

En estos términos, traemos a colación este conflicto criticado fuertemente por la economía feminista que, entre sus argumentos, entienden que tanto la escuela clásica como la neoclásica de la economía fortalecieron una concepción del “trabajo” vinculado a un salario o una relación mercantil que dejó de un lado las condiciones de vida de la población invisibilizando “lo privado no económico” como el trabajo doméstico y el del cuidado. Dos trabajos no reconocidos que casualmente realizan en su amplia mayoría las mujeres.

Así, el trabajo doméstico fue objeto de reflexión y lucha sobre todo en la década de los 70 a través de figuras feministas como Benston (1969) o Dalla Costa (1972), mientras que recientemente se ha incluido el trabajo de los cuidados. Un último marco que, por ejemplo, se ha comprobado que sostiene la economía de una manera superior al trabajo mercantilista y remunerado (Durán Heras, 2018).

Así, la economía feminista es rupturista y denuncia que no podemos vivir como funambulistas sin protección en caso de caernos. De este modo, se marcan como objetivo la deconstrucción de conceptos y modelos hegemónicos, poniendo en duda, en este sentido, todas las relaciones de poder. Una tarea que ve necesaria también partir de nuestra propia *vulnerabilidad* y la *interdependencia* a la que ya hemos hecho mención en anteriores ocasiones: no somos nada sin las y los demás.

De este modo, en el tercer apartado (6.3. *Mirar y escuchar desde la sostenibilidad a la vida*) justificaremos la metodología utilizada en el Capítulo 3 para representar el daño y el impacto de la exclusión en las y los afectados por la hepatitis C en Galicia. Un método centrado en poner la vida en el centro que se caracteriza en especial por la *constelación ensayística de la vulnerabilidad* descrita por Jornet Somoza (2017) y los aportes de Felstiner, Abel y Sarat (1980) y Arias Marín (2012).

Una apuesta que siguiendo con la importancia del reconocimiento de la vulnerabilidad (1), consta de tres apartados o pasos más: la voluntad de denunciar y producir un contrarrelato al discurso hegemónico (2); la reclamación y reparación del daño causado (3); y las etapas de resistencia, emancipación y aprendizaje como claro reflejo de unos sujetos precarios, vulnerables y empoderados (4).

Para dar por concluido este capítulo y esta *Parte III* destinada a descifrar las distintas causas de la exclusión farmacéutica, en el cuarto punto argumentaremos por qué este objeto de estudio merece ser un tema de análisis criminológico (6.4. *Un espacio para la criminología*). Por empezar relacionando las definiciones de esta disciplina con su origen, tanto como forma de conocimiento como de ciencia, situaremos la Criminología (en mayúsculas para referirnos a la ciencia y la concepción hegemónica) a favor del viento del progreso y el discurso modernizador capitalista.

Una posición crítica y atrevida que no resulta ser nada novedosa y se fundamenta en la línea de la teoría crítica propuesta por la Escuela de Frankfurt y la denominada criminología crítica que en la actualidad globalizadora se encuentra con la necesidad de ampliar su marco de estudio y su epistemología para incluir como objeto de estudio daños, injusticias y violencias que no están tipificadas penalmente y resultan ser globales. En definitiva, una apuesta que puede llegar a ser arriesgada si consideramos que ejemplos como el no acceso a medicamentos esenciales comprende dentro de sí una raíz estructural y silenciosa en la que prácticamente casi todas y todos estamos involucrados.

6.1. La receta de la exclusión farmacéutica

6.1.1. El proyecto de la modernidad capitalista

Para describir este apartado, vamos a remitirnos al primer capítulo de este trabajo. En él señalábamos, en palabras de Hobsbawm ([1962]2009, p.7), que el mundo se transformó entre 1789-1848 a causa de una doble revolución: la Revolución Industrial británica y la Revolución Francesa. La primera presentaría los elementos de la economía que se desarrollarían desde el siglo XIX y la segunda la política y la ideología (a la que se añadiría el plano filosófico desde Alemania a partir del siglo XVII).

En este sentido, se inicia una modernidad capitalista que guiaría hacia su defensa e impulso la *lógica del capital* que intentaremos desgranar en próximas páginas (Fernández Ortiz de Zárate, 2015b, p.25). Por lo dicho, con el fin de resaltar las características principales de este nuevo paso, nos remitiremos a volver a recorrer muy brevemente la evolución en torno a la salud y la figura de la profesión médica.

En el apartado 1.1. *La reciente articulación del derecho* tuvimos el propósito de constatar que el derecho a la salud, en comparación con otros derechos humanos que tienen su origen en el siglo XVII-XVIII, no se positivizó, en términos de derecho, hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX. Esta característica sería la primera definida por Chapman (2016a, pp.2-3) para atribuir a este derecho (y también al DAME) la condición de derecho emergente.

En cambio, lo que nos interesa enfatizar es en la pérdida metafísica de la concepción del mal o la enfermedad. Como pudimos comprobar en los primeros pueblos (como Mesopotamia o Egipto), la enfermedad fue el resultado de iras divinas por las que se introducía un objeto extraño en el cuerpo, distintos espíritus hostiles la atacaban o se perdía el alma (Albarracín, 1984, p.14). Una situación en la que el hechicero o el sacerdote debía darle solución a través de distintos rituales.

De manera ulterior, en la Antigua Grecia esta concepción se transformó con la figura de Hipócrates. Con la medicina humoral, centrandó parte del mal en las fuentes naturales y no las divinas, la enfermedad se interpretó también bajo un “espíritu científico” que respondía a la perturbación de los equilibrios y desequilibrios de los principios orgánicos del cuerpo humano y el universo (Mez-Mangold, 1971, p.28).

Aun así, con la Edad Media y el dominio del cristianismo, la figura de la fe y de Dios volvió a ser objeto central de interpretación. La religión adquirió un lugar protagónico encajonando la medicina “en la vía estrecha de la súplica, la oración y el diálogo con Dios” (Polack, [1971]1974, p.18). De este modo, persiguiendo cualquier tipo de magia, la fe se volvió en la principal salida incluso en las grandes pandemias de la época.

Y es que, si recordamos como ejemplo la Europa del medievo, con la propagación incontrolable de la peste en el siglo XIV en Francia, la respuesta para hacerla frente se basó en la piedad colectiva. Una vía a la que se añadiría la huida, opción propuesta por el Consejo de la Sorbona en 1348 que, bajo la teoría miasmática¹³⁵, consideró que la peste surgió a causa de la alineación catastrófica entre Saturno, Júpiter y Marte tres años antes (Vigarelló, [1993/1999]2006, p.62; Molano Camargo, 2020, pp.22-23).

¹³⁵ Teoría que relacionaba el mal con los cambios estacionales, la posición y la órbita de los planetas, las mareas o la acumulación de cuerpos en descomposición. MOLANO CAMARGO, F. (2020). *Capitalismo y pandemias*. Madrid: Traficantes de Sueños. p.22.

Con el Renacimiento todo cambia. El cartesianismo separa el cuerpo del alma y comprende al ser como máquina. En este sentido, la filosofía moderna da sus primeros pasos, por ejemplo, cuando la persecución y satanización de la magia se debilita. A colación de nuestro objeto de estudio, resulta ser representativo Paracelso (señalado en el apartado 5.1.1. *Las primeras concepciones históricas sobre los medicamentos*).

Las drogas, pociones o plantas usadas por las brujas y los chamanes pasaron a comprenderse como algo prosaico en vez de sobrenatural, mientras que lo prosaico se volvió útil para la medicina (Escohotado, 1994, p.52). De esta manera, con una nueva imagen a base de tinturas, pastillas o jarabes, Paracelso transformó lo mágico en científico. Un paso que con la introducción y mezcla de distintos cuerpos químicos daría forma a lo que hoy conocemos como *medicamentos* (Roldán Guerrero, 1962, p.57).

En este sentido, mientras Academias o Sociedades se expanden en el siglo XVII, el empirismo y el racionalismo ocupan el puesto de la fe, parece que “dios muere”. Con la Ilustración, el pensamiento abstracto y la deducción se convierten en autoridad intelectual y moral suprema (Capella, [1997]2008, pp.132-134).

Al respecto, quisiéramos detenernos en las consecuencias de esta afirmación. Para ello, acudiremos a un texto publicado por Horkheimer y Adorno en 1944: *La dialéctica de la Ilustración*¹³⁶. En él, dos de los teóricos de la primera generación de la Escuela de Frankfurt¹³⁷, se hicieron una gran pregunta: ¿entre el camino iniciado por la Ilustración y el presente (el de la Segunda Guerra Mundial y, especialmente, Auschwitz) cómo se ha llegado a esta situación? Es decir, bajo el camino iluminista de la razón que buscaba la felicidad y el progreso, ¿por qué se ha llegado a la materialización de estos actos?

La tesis principal de Adorno y Horkheimer fue que la Ilustración se había autodestruido. Que en vez de dirigirse hacia la liberación del mundo de la magia, los distintos sucesos e instituciones sociales contenían un germen de *regresión* respecto a estas metas kantianas¹³⁸ (Horkheimer y Adorno, [1944]2016, p.53).

¹³⁶ Cabe matizar que en este año todavía no se conoció bajo este título y es que, como recuerda Sánchez, en 1944 se distribuyó una edición fotocopiada de 500 ejemplares bajo el nombre *Fragmentos filosóficos*. Fue tres años después cuando apareció como libro *Dialéctica de la Ilustración*, de ahí que muchos y muchas señalen 1947 como fecha original. SÁNCHEZ, J.J. (2016). Introducción. Sentido y alcance de Dialéctica de la Ilustración. En, HORKHEIMER, M. y ADORNO, T.W., *Dialéctica de la Ilustración: fragmentos filosóficos*, (pp.9-44). Madrid: Trotta. p.9.

¹³⁷ Aunque retomaremos sus aportaciones en el apartado final del capítulo (6.4. *Un espacio para la criminología*), cabe resaltar que la Escuela de Frankfurt fue fundada en 1923 bajo las figuras de Weil y Pollock y contó en un comienzo con teóricos como Adorno, Kirchheimer, Gerlach, Fromm, Benjamin, Marcuse o el propio Horkheimer, siendo constituida en el Instituto de Investigación Social de la Universidad Johann Wolfgang Goethe de Frankfurt (Alemania).

Este sentido, cabe añadir que tras la Revolución rusa (1917) y el final de la Primera Guerra Mundial, la Escuela de Frankfurt se fundó como espacio donde un grupo de pensadores e investigadores decidieron reunirse para reflexionar acerca de la teoría marxista. Como señalan Domínguez y Lugo, estas personalidades se encontraban ante dos caminos: adherirse a los socialistas moderados y su República de Weimar o unirse al partido comunista. Su opción no fue ninguna de las dos: se unieron al estudio marxiano. DOMÍNGUEZ, J.P. y LUGO, A. (2013). La ciencia social crítica y la escuela de Fráncfort. *Revista Visión Electrónica*, (2), 205-213. p.206.

¹³⁸ Para Kant “la Ilustración es la liberación del hombre de su culpable incapacidad [o minoría de edad]”; una incapacidad que consiste en no servirse de la propia razón “sin la guía de otro”. Se intenta extender la Ilustración a la aventura, a la emancipación. La libertad es lo único que se requiere. KANT, E. ([1784]2009). ¿Qué es la Ilustración? *Foro de Educación*, (11), 249-254. pp.249-250.

La Ilustración, en el más amplio sentido de pensamiento en continuo progreso, ha perseguido desde siempre el objetivo de liberar a los hombres del miedo y constituirlos en señores. Pero la tierra enteramente ilustrada resplandece bajo el signo de una triunfal calamidad. El programa de la Ilustración era el desencantamiento del mundo. Pretendía disolver los mitos y derrocar la imaginación mediante la ciencia. (Horkheimer y Adorno, [1944]2016, p.59)

En estos términos, los autores consideraban que el camino de la razón dejó de un lado sus metas emancipatorias cuando ésta se convirtió en *razón instrumental*. Es decir, y aquí viene lo más polémico de la obra, lo acontecido en Auschwitz (y el Holocausto en su conjunto) fue un hecho racional¹³⁹. Millones de personas (judías, gitanas, con discapacidad física y mental, etc.) fueron exterminadas porque respondían a la razón que servía de instrumento para poder dominar a la naturaleza y a las personas.

Lo que los hombres quieren aprender de la naturaleza es servirse de ella para dominarla por completo, a ella y a los hombres. Ninguna otra cosa cuenta. Sin consideración para consigo misma, la Ilustración ha consumido hasta el último resto de su propia autoconciencia. (Horkheimer y Adorno, [1944]2016, p.69)

De este modo, el primer paso consistió en dominar la naturaleza volviéndola en objeto de consumo, objeto industrial o mercancía. El sujeto domina el objeto. Para ello, el camino tomado consistió en anteponer la ciencia frente a los mitos y la imaginación que respondían a la etapa anterior de la que la lógica iluminista quería independizarse. Sin embargo, Horkheimer y Adorno advierten en su primera tesis: *el mito ya es Ilustración*. Es decir, los mitos en cuanto se narran y nombran, lo que hacen es representar, explicar y fijar sobre la sociedad una doctrina ([1944]2016, p.63).

En este mismo sentido, las personas caen en la alineación. Bajo una naturaleza aparentemente dominada y bajo la ética de la autonomía, el proyecto ilustrado y su razón instrumental coaccionan a la sociedad con falsas promesas.

El favor de que el mercado no pregunte por el nacimiento lo ha pagado el sujeto del intercambio al precio de dejar modelar sus cualidades, adquiridas desde el nacimiento, por la producción de las mercancías que pueden adquirirse en el mercado. A los hombres se les ha dado su *sí mismo* como suyo propio, distinto de todos los demás, para que con tanta mayor seguridad se conviertan en igual. Pero dado que ese *sí mismo* no fue asimilado nunca del todo, la Ilustración simpatizó siempre con la coacción social, incluso durante el período liberal. La unidad del colectivo manipulado consiste en la negación de cada individuo singular; es un sarcasmo para la sociedad que podría convertirlo realmente en un individuo. (Horkheimer y Adorno, [1944]2016, p.67)

Dicho lo cual, se da la segunda tesis: la *Ilustración recae en la mitología*. El objeto domina el sujeto. Las metas y fines de la razón son mito en cuanto el mito se convierte en doctrina. La Ilustración cae en la mitología en cuanto las personas, sumisas y ciegas por la razón, ven mutada su identidad y persiguen las metas de la razón instrumental.

La modernidad burguesa y capitalista, al convertir la razón en objeto de poder, ligó la felicidad y la plenitud kantiana a una imagen mercantilista, industrial y bélica construida

¹³⁹ En otra obra escrita sobre las mismas fechas, Horkheimer confirmó que “una vez despojada de su autonomía, la razón se ha convertido en un mero instrumento”. Un instrumento que responde a la lógica del dominio y que el nazismo utilizó para “reducir seres humanos conscientes a átomos sociales [...] porque temía que la desilusión creciente respecto de todas las ideologías pudiera allanar a los hombres el camino de la realización de sus más altas posibilidades”. HORKHEIMER, M. ([1947]2010). *Crítica de la razón instrumental*. Madrid: Trotta. pp.58/167.

a través del dominio. Una afirmación compleja que explica la polémica afirmación dada sobre Auschwitz y ayuda en la comprensión de la *banalidad del mal* descrita muy acertadamente por Hannah Arendt.

En el estudio *Eichmann en Jerusalén* ([1963]2018), Arendt presentó sus reflexiones en torno al seguimiento del juicio de Otto Adolf Eichmann, teniente coronel de las S.S. huido en Argentina que fue secuestrado en 1960 y llevado a Jerusalén para ser juzgado en 1961 por quince delitos (entre los que se encontraban crímenes contra el pueblo judío, crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad).

Pese a que el juicio, según Arendt, fue innecesario ya que Eichmann estaba condenado desde el principio, merece especial atención el *post scriptum* del final del ensayo donde la autora, judía, concuerda con Eichmann en la interpretación sobre su culpabilidad. Tras un largo proceso detallado en la obra y tras la lectura de la sentencia, el condenado en su última declaración dijo lo siguiente: “No soy el monstruo en que pretendéis transformarme... soy la víctima de un engaño” (Arendt, [1963]2018, p.361).

Según Eichmann, él no odiaba ni deseaba la muerte de las y los judíos, era culpable porque obedecía las órdenes que le daban¹⁴⁰. Así, según él, tan solo era una víctima y los verdaderos culpables eran las pocas personas que dirigían y daban las órdenes (esto es, el verdadero poder que dominaba la razón). Una posición compartida también por Arendt, recordando también lo dicho por seis psiquiatras que certificaron que él era “normal”:

Eichmann fue llevado ante el tribunal porque se necesitaba un chivo expiatorio, y este chivo expiatorio lo necesitaba no solo la República Federal Alemana, sino también los hechos históricos ocurridos y cuanto los hizo posibles, es decir, se trataba de un chivo expiatorio del antisemitismo y del gobierno totalitario, así como del género humano y del pecado original. (Arendt, [1963]2018, p.416)

Es decir, el juicio y la figura de Eichmann representan hasta dónde había llegado la razón. El proyecto de la Ilustración necesitó de un chivo expiatorio, un *pharmakos*, para poder alejarse del mal que él mismo había producido. Según Arendt ([1963]2018, p.418), “Eichmann, sencillamente, no supo jamás lo que se hacía”, le faltó imaginación. Con el término de la *banalidad del mal* (la nula importancia del mal), quedaba reflejada la razón instrumental. Eichmann era un operario que respondía a una razón que burocratizaba cierto orden. Solo cumplía órdenes.

De esta manera, pese a que Eichmann señaló en algún momento que dejó ser “dueño de sus propios actos” y dejó de actuar conforme al imperativo categórico kantiano¹⁴¹ del que tenía conocimiento, con la práctica de la Solución Final, según Arendt ([1963]2018, p.200), él mismo modificó este imperativo: “compórtate como si el principio de tus actos fuese el mismo que el de los actos del legislador o el de la ley común”. Es decir, actúa según el “imperativo categórico del Tercer Reich” descrito por el militar y abogado nazi Hans Frank (1942, pp.15-16): “Compórtate de tal manera, que si el Führer te viera aprobara tus actos”.

¹⁴⁰ Incluso Arendt deja constancia en páginas previas que según él, “hubiera matado a su propio padre, si se lo hubieran ordenado”. ARENDT, H. ([1963]2018). *Eichmann en Jerusalén*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial. p.41.

¹⁴¹ “Obra de tal modo que la máxima de tu acción pueda convertirse en una ley universal”. KANT, E. ([1797]2008). *La Metafísica de las Costumbres*. Madrid: Tecnos. p.241.

Y, al igual que la ley de los países civilizados presupone que la voz de la conciencia dice a todos “no matarás”, aun cuando los naturales deseos e inclinaciones de los hombres les induzcan a veces al crimen, del mismo modo la ley común de Hitler exigía que la voz de la conciencia dijera a todos “debes matar”, pese a que los organizadores de las matanzas sabían muy bien que matar es algo que va contra los normales deseos e inclinaciones de la mayoría de los humanos. El mal, en el Tercer Reich, había perdido aquella característica por la que generalmente se le distingue, es decir, la característica de constituir una tentación. Muchos alemanes y muchos nazis, probablemente la inmensa mayoría, tuvieron la tentación de *no* matar, de *no* robar, de *no* permitir que sus semejantes fueran enviados al exterminio (que los judíos eran enviados a la muerte lo sabían, aunque quizá muchos ignoraran los detalles más horribles), de no convertirse en cómplices de estos crímenes al beneficiarse con ellos. Pero, bien lo sabe el Señor, los nazis habían aprendido a resistir la tentación. (Arendt, [1963]2018, pp.219-220)

Por lo dicho, tras este recorrido filosófico y moral, este capítulo busca en parte reflejar una afirmación peligrosa que entre otras personalidades, Luigi Ferrajoli dio en la *lectio* de su investidura de Doctor Honoris Causa por la Universitat de Barcelona el 29 de enero de 2019¹⁴²: los crímenes de sistema (el ejercicio incontrolado de poderes globales e injusticias estructurales) son en la actualidad banalizados como si fueran fenómenos naturales e irreductibles.

Es decir, en nuestro caso, la *exclusión farmacéutica* ocurre en parte porque la razón instrumental que todavía persiste (y responde a los intereses definidos por ciertos poderes) interioriza o presenta como inevitables sus consecuencias y su impacto. Por este motivo, resulta necesario detallar brevemente en este apartado que la modernidad capitalista y, sobre todo, la figura del Estado moderno de derecho, fomentan que las injusticias estructurales ocurran y persistan.

Así, volviendo a la secularización¹⁴³ y la idea de “dios ha muerto”, surge un nuevo principio de verdad donde se pretende que el sujeto actúe bajo una *ética de la autonomía* (Baratta, [1998]2000, p.186). En estos términos, con el declive del poder soberano y la aparición del estado de derecho, los derechos parten como abstractos, eternos y universales con la *Declaración de Independencia de Estados Unidos* (1776) o la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* francesa (1789).

Derechos que, según Estévez Araújo (2013, pp.12-13), tienen como grandes pilares:

- 1) el individualismo (“cada uno se preocupa por la defensa de sus propios derechos, no por el reconocimiento de los otros); y
- 2) el contrato (“los seres humanos son unos egoístas y la sociedad se forma a partir de un contrato entre ellos”).

¹⁴² Puede encontrarse el discurso en formato audiovisual en el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=upcid7WkVo8> [Recuperado el 6 de septiembre de 2021]

¹⁴³ “[...] el proceso, iniciado en el siglo XVI, a través del cual la religión pierde progresivamente relevancia en la vida social. Por un lado, se asistiría, en este sentido, a la diferenciación y a la automatización de los diferentes ámbitos de la vida social y a la transferencia de poder de las instituciones religiosas a las instituciones destinadas a desarrollar determinadas tareas de una manera racional y especializada (como en la separación entre Iglesia y Estado o en la emancipación de la enseñanza de la autoridad eclesiástica). Por otro lado, se desarrollaría, según este paradigma, un cambio de mayor alcance, conectado más específicamente con el plano cultural, que encontraría plena manifestación en el progresivo debilitamiento de los contenidos religiosos en las artes, la filosofía y la literatura y el predominio gradual de la ciencia como perspectiva autónoma”. STIMILLI, E. ([2015]2020). *Deuda y culpa*. Barcelona: Herder. p.200.

Por centrarnos en este último, *el contrato social* (representante de la libertad y la igualdad que legitimaba el estado moderno de derecho) no fue tan universal como nos lo hicieron creer. Como señalaba Baratta en su conocido texto *El estado mestizo y la ciudadanía plural*, ésta respondía tan solo a una minoría, respondía a un *pactum ad excludendum*: el blanco, varón, adulto y propietario¹⁴⁴. Una posición compartida con Pietro Costa ([2010]2012, p.173) donde los cimientos del Estado y del derecho sirvieron para marginar y dominar a las y los desheredados, extranjeras y extranjeros, niñas, niños y mujeres (Baratta, [1998]2000, p.199).

Como ejemplo de exclusión, Baratta ([1998]2000, p.199) cita el caso de las y los extranjeros y el concepto de “ciudadanía de la Unión” de la UE establecido por el *Tratado de Maastricht* en su artículo 9¹⁴⁵ (un Tratado que, recordemos, fomentó las medidas destinadas a disminuir el déficit público y prohibió a los Bancos Centrales su financiamiento). Un constructo que, en definitiva, remite al *proyecto jurídico* de la burguesía (Costa, 1974).

Con los mismos términos, Pietro Barcellona (2000) abordaba un problema irresuelto todavía hoy: la convivencia entre las y los diferentes. Según la tesis del italiano, el estado moderno se cimentó sobre una lógica de identidad que en su proceso de homologación (todas y todos somos iguales) neutralizaba toda diferencia: “El estado moderno neutraliza las diferencias internas y los vínculos de pertenencia comunitaria y proyecta hacia el exterior la instancia de la exclusión del diferente” (Barcellona, 2000, p.114).

Es decir, en ese *pactum ad excludendum* del contrato social, la unificación jurídica de la ciudadanía “que aparentemente se muestra capaz de acoger todas las *diferencias* y de instituir el individuo particular como titular de derecho” traía consigo un rechazo: “acaba en realidad neutralizándolas, transformándolas en *diversidades* reconducibles al esquema de la transacción de los intereses” (Barcellona, 2000, p.119).

Por volver a Baratta, podríamos decir que el problema innato del proyecto modernizador reside en la relación existente entre *violencia* y *derecho*. Esta es la afirmación que puede contrastarse en la actualidad: “en la filosofía moderna, derecho y estado debían servir al control y a la anulación de la violencia, pero ésta se reproduce porque es inherente al estado y el derecho” (Baratta, [1998]2000, p.197).

¹⁴⁴ Lo que en la actualidad pasaría a denominarse por la economía feminista y frente al capitalismo y el patriarcado: el BBVAh (el blanco, burgués, varón, adulto y heterosexual que se encuentra en el poder).

Término acuñado por María José Capellín el 13 de mayo de 2005 en Bilbao en el seminario de lanzamiento de la campaña organizada por colectivos de mujeres y sindicatos por una Ley Vasca de Atención a la Dependencia. Un término que en su idea original fue definida como BBVA a la que Pérez Orozco añadió la “h” para remitirse también al atributo heterosexual. PÉREZ OROZCO, A. ([2014]2017). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de sueños. Nota de pie n.º6. p.39.

¹⁴⁵ “Artículo 9. La Unión respetará en todas sus actividades el principio de la igualdad de sus ciudadanos, que se beneficiarán por igual de la atención de sus instituciones, órganos y organismos. Será ciudadano de la Unión toda persona que tenga la nacionalidad de un Estado miembro. La ciudadanía de la Unión se añade a la ciudadanía nacional sin sustituirla”. UNIÓN EUROPEA ([29 de julio, 1992] 26 de octubre, 2012). *Versión consolidada del Tratado de la Unión Europea*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012M/TXT&from=ES>

En otro término, recordando la figura del *pharmakos* descrita en el abordaje histórico de la concepción de los medicamentos (apartado 5.1.1. *Las primeras concepciones históricas sobre los medicamentos*), el estado moderno de derecho cumple con la metáfora del *pharmakon* en cuanto su articulación se centra en remediar la violencia (es antídoto), pero termina por reproducir mayor violencia (es veneno). Unas tesis que Baratta ([1998]2000, p.197) toma de Resta ([1992]1995) y refleja que la estructura moderna esta cimentada sobre el beneficio de unos pocos frente a la del resto.

Así, Baratta señala que en el núcleo de la violencia se encuentran la represión de las necesidades reales: “las *potencialidades* de existencia y de calidad de vida de las personas, los grupos y los pueblos, que corresponden a un determinado grado de desarrollo de la capacidad de producción material y cultural de una formación económico-social” ([1989]2004, p.337).

Los derechos humanos que nacieron en este contexto deberían ser interpretados (como *deber ser*) como la proyección normativa de dichas potencialidades (Baratta, [1989]2004, p.337; 1989, p.445). En cambio, como hemos comprobado, existen ciertas diferencias y barreras: el sistema no responde a los intereses de todas y todos.

Por ejemplo, volviendo a Marx y Engels, en su obra *La ideología alemana* ([1932]1974) evidenciaron que las condiciones de producción de la sociedad, que denominaron “manera humana” de satisfacción de necesidades, se veían amenazadas por una “inhumana” que correspondía a “los diarios intentos nuevos provocados por esta misma fase de la producción y que van dirigidos a negar dentro del modo de producción existente estas condiciones dominantes y el modo de satisfacción que con ellas prevalece” (Marx y Engels, [1932]1974, p.517).

Una tesis también defendida por el noruego Johan Galtung que también reconocía cierta tensión entre las potencialidades y las condiciones del sistema. Según el conocido teórico sobre los estudios de la paz, la violencia consiste en aquellos actos que afectan a las necesidades humanas básicas (y concretamente sobre la vida) y disminuyen su “nivel real de satisfacción [...] por debajo de lo que es potencialmente posible” (Galtung, [1996]2003, p.262).

Su clasificación de la triada de violencias ya es más que conocida. Galtung (1969, p.174) diferenció tres tipos de violencias: la *violencia directa* (que es la que podemos ver, la visible); la *violencia estructural o indirecta* (que proviene de la propia estructura social); y la *violencia cultural* (que tiene la función de legitimar las otras dos violencias de manera simbólica a través de la religión, el lenguaje, el derecho, el arte, etc.).

Esta tipología se encuentra en tu teoría sobre la doble concepción que le dio al término de la paz: por un lado, la *paz negativa* respondía a la ausencia de cualquier violencia; mientras que la *paz positiva* se veía satisfecha cuando se daban la paz positiva directa, la paz positiva estructural y la paz positiva cultural (Tabla 19) (Galtung, [1996]2003, p.58).

En este sentido, para que hubiera paz, según Galtung, las dos paces tendrían que materializarse. Es decir, no se conseguiría plenamente con la ausencia de violencia (paz negativa) ya que la satisfacción de necesidades no seguiría siendo optima si no se abogara por los cambios señalados por la paz positiva (pese a no “haber” violencia, una vida satisfactoria no será plenamente satisfecha sin amor, equidad o solidaridad).

Ante lo dicho y recordando la *injusticia estructural* definida por Young (2005, 2011), que es similar a la *violencia estructural* (en cuanto a que se encuentran en los propios cimientos del sistema, en la oscuridad y en un entramado de acciones y actores), consideramos que habría que entender la exclusión farmacéutica en términos de no satisfacción de necesidades (la necesidad vital y de salud de acceder a un determinado medicamento) a causa de los intereses de unos pocos que se ven amparados por el sistema capitalista en el que vivimos.

En este sentido, aunque retomaremos la importancia de la violencia estructural en la labor criminológica al final de este capítulo, resulta necesario resaltar cuáles podrían ser los distintos poderes o mecanismos que posibilitan que nuestro objeto de estudio ocurra y cuáles son esos ejemplos o muestras que reflejan dicho articulado y ya hemos citado en anteriores capítulos tanto desde el plano más teórico como práctico.

Tabla 19. El trinomio de la paz positiva en la teoría de la paz de Johan Galtung

	Características
Paz positiva directa	Consiste en bondad verbal y física; el bien para el cuerpo, la mente y el espíritu del Yo y el Otro; dirigida a todas las necesidades básicas, supervivencia, bienestar, libertad e identidad. El amor es el compendio de todo ello: una unión de cuerpos, mentes y espíritus.
Paz positiva estructural	Sustituiría represión por libertad, explotación por equidad, y los reforzaría con diálogo en lugar de penetración, integración en lugar de segmentación, solidaridad en lugar de fragmentación y participación en lugar de marginación.
Paz positiva cultural	Sustituiría la legitimación de la violencia por la legitimación de la paz (en la religión, el derecho, la ideología, el lenguaje, el arte, las ciencias, las escuelas, las universidades, los medios de comunicación...). En el espacio interior del Yo, esto significa abrirse a diversas inclinaciones y aptitudes humanas, sin reprimirlas.

Fuente: elaboración propia basada en GALTUNG, J. ([1996]2003). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao/Gernika: Bakeaz/Gernika Gogoratuz. p.58.

6.1.2. Los cuatro rasgos del capital

Tras estas reflexiones, si retomamos que la injusticia o la violencia estructural responden a un conjunto de acciones e intereses de distintos actores, consideramos que resulta conveniente desgranar la lógica del Capital o, mejor dicho, la lógica del capitalismo (aunque utilizaremos el gran y complejo término del *Capital* para no romper con las interpretaciones dadas por la economía feminista que destacaremos de manera posterior). Es decir, “una relación coactiva” en términos marxianos, donde cierto poder se impone a cierto conjunto o grupos de personas.

Una muestra de este modelo se dio con la clase obrera a lo largo de los siglos XVIII-XIX. Como recordábamos también en el Capítulo 1 (apartado 1.1.3. *La medicina social de los siglos XVIII-XIX*), Foucault afirmó que la nueva medicina de la modernidad no era individualista sino social o colectiva ([1974]1999, p.365). Así, lejos de la “razón liberadora” que invitaba a actuar por sí mismos a los sujetos, la medicina se centró en atender en *colectivo*.

En una primera etapa, en el siglo XVIII, con la expansión del comercio de los siglos anteriores, los países occidentales (destacando Alemania) mostraron la preocupación por su población en términos de producción y población activa. En este sentido, con la denominada *Medicina de Estado*, se realizaron evaluaciones de natalidad y mortalidad,

se constituyó por parte del Estado el funcionariado de las y los médicos o se controlaron los programas de enseñanza de la propia ciencia (Foucault, [1974]1999, pp.369-370).

Después, con la *Medicina urbana* se hizo frente a finales del siglo XVIII a las consecuencias que podrían traer el gran aumento o hacinamiento de la población en las ciudades. En este sentido, en especial en Francia, se mostró especial preocupación y control sobre la circulación del aire, la organización de pozos y desagües, el agua, las formas de enterrar o la ubicación de las fábricas (Jori, 2013, pp.131/136).

De esta manera, puede comprobarse que detrás de “lo social” algunos intereses respondían a la de la producción y el comercio. Algo reflejado incluso en la última y tercera etapa a la que queremos llegar: la *Medicina de la fuerza de trabajo*. Un tipo de medicina que tras la Revolución Industrial británica, promovió cierta *biopolítica* (definida en la página 43, nota de pie nº16), promoviendo, por un lado, la asistencia sanitaria a la clase que vivía en la miseria; y, por el otro, librando del riesgo de transmisión de enfermedades a la población más pudiente (Foucault, [1974]1999, p.381).

En estos términos, la lógica capitalista refleja sus consecuencias cuando, como señalaba Engels, la clase obrera no esperaba nada más que un pequeño “bocado” que al menos era mejor que nada ([1845]1974, p.91). Así, era preferible vivir hacinadas y hacinados o en un establo de cerdos que quedarse sin techo; eran preferibles unos guñapos que ir desnudos y desnudas; era preferible trabajar en unas condiciones pésimas que no trabajar.

En estos términos podemos comparar esta situación con la actualidad. Dentro de la lucha de clases, el beneficio de unos pocos se realiza a costa de la de una gran mayoría, que en este caso no es precisamente la clase más alta. Por ejemplo, *la exclusión farmacéutica*, en el sentido de sacar, rechazar o dejar fuera del acceso de cierto medicamento esencial a alguien, no afecta precisamente a las y los que más tienen (pueden permitirse comprarlo sin grandes problemas).

En diferentes términos revisitados/reformulados por los teóricos de la Escuela de Frankfurt, la razón instrumental es la que genera estos problemas. El individuo racional del proyecto ilustrado, en cuanto es dominado por la naturaleza que ha dominado, se vuelve sumiso a las órdenes de cierta razón ciega. En este caso, la emancipación y el destino se traducen en las líneas marcadas hacia el lucro y el beneficio.

Una interpretación que podría ampliarse si, haciendo caso a los tres elementos principales de la exclusión (carácter estructural, multidimensional y procesual), enumeramos distintos recursos utilizados por el poder en cuatro ámbitos que se correlacionan y se confunden entre ellos: el económico, el político, el cultural y el jurídico.

Cuatro formas de poder que a través de distintas estrategias y mecanismos reflejan cómo se materializan hoy muchos problemas globales. Un articulado que nosotros y nosotras representaremos a través de ejemplos que ya hemos tratado en anteriores capítulos y donde nos limitaremos a citar los más representativos. En estos términos, adelantamos que ésta tan solo es una aproximación y, como señalábamos de manera reciente, no representa una imagen entera o completa. Por ello, resulta conveniente que las situemos y relacionemos entre ellas para demostrar que están conectadas y si hurgamos más en ellas podríamos encontrarnos con nuevas sustancias o ingredientes que completen esta receta.

- a) *El poder económico*: el ámbito económico responde en gran medida al control que ciertos subgrupos o instituciones tienen sobre ciertos bienes. En este sentido, se refleja el poder de determinar quién puede acceder a ellos y quién no (Capella, [1997]2008, p.29). En anteriores capítulos pudimos comprobar, por ejemplo, que gracias al cercamiento de tierras comunales y la aparición de la máquina-herramienta, los patrones controlaron prácticamente la vida de la clase obrera en Inglaterra durante los siglos XVII y XIX.

En cambio, centrándonos tan solo en el último siglo del capitalismo y en especial, en lo que concierne al acceso a medicamentos esenciales, resulta destacable enfatizar en los años posteriores a los ya citados Treinta Gloriosos (1945-1975). El “compromiso de clases” entre capital y trabajo fortalecido con el keynesianismo se desmoronó, se puso en duda el papel del Estado en las intervenciones de los problemas sociales o la concepción de los derechos sociales fue ideológicamente atacada (Rosanvallon, [1995]2007, pp.8-9).

En este sentido, un nuevo ideario cobró protagonismo gracias al coloquio Walter Lippmann celebrado en París en 1938 con la colaboración del Instituto Universitario de Altos Estudios Internacionales de Ginebra, la Universidad de Chicago o la *London School of Economics*. Aunque, como gran motor propulsor destacó la *Mont Pelerin Society* donde, entre otros, Hayek, von Mises o Friedman establecieron en 1947 las bases de lo que hoy conocemos como *neoliberalismo*.

A partir de la década de los 70 y los premios Nobel de economía de Hayek en 1974 y de Friedman en 1976, cobró fuerza la idea de que “el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada fuerte, mercados libres y libertad de comercio” era el mejor modo para promover el bienestar de la sociedad (Harvey, [2005]2007, p.6).

Con la fuerte influencia de Thatcher (1979-1990) y Reagan (1981-1989) y tras el éxito de los *Chicago Boys* en Chile, se promovió una economía mundial que limitaba la intervención estatal (al estilo del Estado mínimo defendido por Nozick y los libertaristas) y favoreció (sobre todo con el *Consenso de Washington* de 1989) la “reliberalización” de los mercados, mayor concentración privada o su “oligopolización” (Benach *et al.*, 2012, pp.56-57).

En la materia que nos atañe, este vuelco llevó a interpretar la enfermedad como cuestión del azar o una suerte de lotería natural que no debía ser protegida en su máxima por el Estado ya que la salud de cada individuo concernía a su libertad de escoger y decidir (solo había lugar para la beneficencia). De esta manera, con las posiciones de Engelhardt ([1986]1995), Epstein (1997), Sade (1971; 2002) o Buchanan (1984) que pudimos describir en el Capítulo 2 (2.1.1. *La deriva neoliberal del concepto de la salud*), el neoliberalismo justificó en parte la conversión de la salud de las personas en mercancía.

Del mismo modo, con los medicamentos que ya se volvieron en objetos de intercambio a gran escala (véase el apartado 5.1.2. *Los medicamentos como objeto de mercancía*), este ideario favoreció, con los avances en materia del GATT y los acuerdos de comercio internacional, que sus fórmulas o procedimientos se volvieran en objeto de protección de la propiedad intelectual a finales del siglo XX.

Como resultado, esta dirección hacia la libertad individual y comercial, uniendo tanto la idea de la salud como un “tema de responsabilidad personal” y los medicamentos como “inventos a proteger”, fomentó que millones de personas no pudieran tener acceso. Recordemos, por ejemplo, que a principios del siglo XXI más de un 50% de las y los habitantes de Asia y África se encontraban en esta situación (OMS, 2001, pp.13-14). A lo que podría añadirse, como reconocía el CIPIH (2006, p.177), que la *exclusión farmacéutica* es hoy un problema *global* y afecta a un 2,6% de la población en el Estado español (Ministerio de Sanidad, 2020c).

En síntesis, las corporaciones o grandes instituciones privadas adquirieron mayor poder que el de muchos Estados (Fernández Ortiz de Zárate, 2015b, p.28). Al respecto, suele ser habitual, con el fin de representar este poder, la comparación que se realiza entre los ingresos de estas empresas y el PIB de algunos Estados. Como ejemplo, en la lista Global de 2020 que engloba a las 500 compañías más ricas del mundo, Walmart se situaba en primera posición con unos ingresos de 559.151 millones de dólares (Fortune, 2021a). Una facturación que superaba el PIB de Austria o Argentina (International Monetary Fund, 2021)¹⁴⁶.

Una superioridad que entre los grandes sectores, ya reflejamos en anteriores páginas que la Industria Farmacéutica estaba entre los primeros puestos. Tal y como analizó la AAJM en 2018, las diez empresas más importantes del sector obtuvieron en 2017 un 16% más de beneficios respecto al resto de las principales 10 empresas de otros sectores donde se incluyeron la propia Walmart, Volkswagen o Apple (23,56% frente a un 7,72%) (AAJM, 2018).

Sin embargo, junto al control de ciertos bienes y la promoción de la desigualdad, destaca la mundialización de la producción de esos bienes. Dicho de otra manera, la *globalización* tiene su protagonismo en todo este recorrido, siendo un ejemplo de ello la deslocalización o fragmentación de la producción de bienes a través de procesos de externalización o subcontratas (Estévez Araújo, 2021a, p.57).

Si recordamos el ejemplo utilizado por Young (2005, p.697) para representar la injusticia estructural, la industria textil refleja de forma muy clara esta maniobra. A través del sistema de subcontratación, muchas empresas norteamericanas y europeas obtienen las ganancias que buscan, fomentando pésimas condiciones laborales, la explotación o la colocación de las y los trabajadores a una “amenaza sistemática de dominación”.

¹⁴⁶ Sin embargo, esta interpretación no está exenta de críticas. Autores como Tombs y Whyte se muestran reacios a utilizar solamente esta comparación. Consideran que es un aspecto unidimensional ya que solo muestra la imagen del tamaño que tienen las empresas si fueran países. Sin embargo, no muestran “cómo consiguen dominar la vida política y económica a lo largo y ancho de la economía global”. TOMBS, S. y WHYTE, D. ([2015]2016). *La empresa criminal. Por qué las corporaciones deben ser abolidas*. Barcelona: Icaria. p.26.

Del mismo modo, habría que añadir la crítica de la economía feminista. Según esta posición, de la que hablaremos más adelante, estos cálculos monetarios relacionados con el PIB no toman en consideración el trabajo doméstico y del cuidado. Por ello, utilizar como base el PIB para reflejar cualquier situación resulta ser incompleta. CARRASCO BENGUA, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 3(1), 39-56. p.44.

Una situación que también, de otra manera, se da por la Industria Farmacéutica en el control que tiene ésta sobre la cadena del medicamento (apartado 5.3.1. *El control corporativo de la cadena de medicamentos*). Por ejemplo, una vez establecida una diana terapéutica y realizada la investigación básica a través de financiación pública, el sector privado adquiere en muchas ocasiones el control de lo que queda de cadena y puede llegar a trasladar los posteriores ensayos a países menos ricos donde les resulta más barata la investigación y son más flexibles los controles sobre ella (Seuba Hernández, 2010, p.26).

En adicción, tal vez podría subrayarse como última característica de este poder, el aumento de los mercados financieros, las razones financieras, las y los agentes financieros y las instituciones que funcionan en torno a las economías nacionales e internacionales. Es decir, la *financiarización* (Epstein, 2005, p.3). Un incremento que sucede: 1) cuando los intereses del capital financiero se imponen a los de cualquier otro agente económico; y 2) cuando el Estado, las empresas no financieras y las familias se someten a su lógica (Estévez Araujo, 2021a, p.31).

Por centrarnos especialmente en la segunda¹⁴⁷, estas son las consecuencias que han padecido los tres actores señalados:

- i) *Financiarización de los estados y los servicios públicos*: en primer término, aparte de las diferencias entre los ingresos del Mercado y de los Estados, podría decirse que la administración pública ha caído en la subordinación del sector financiero. Muestra de ello, un reflejo repetido constantemente, es el rescate que el Estado español tuvo que realizar tras el estallido de 2008. Algo nada nuevo, como recuerda Estévez Araujo (2021a, p.45), ya que desde la década de los 80 países como EE.UU ayudaron a varias cajas de ahorro o instituciones como el FMI intervino en México en 1982.

En suma, aunque profundizaremos más sobre el Estado en el próximo punto (el del *poder político*) el mencionado *Tratado de Maastricht* también es un reflejo de aquel poder global que Capella denominó “soberano supraestatal difuso” ([1997]2008, p.307). Los Bancos Centrales que imprimen dinero, no podían ayudar a los Estados con su deuda, derivando de esta manera su dependencia a los grandes mercados financieros (Stimilli, [2015]2020, p.95).

- b) *Financiarización de empresas no financieras*: en segundo lugar, podría decirse que se ha llevado al resto de empresas que no son financieras a la propia lógica financiera. Por ejemplo, estas se han enfocado más en la propia rentabilidad que en los beneficios que pueden conseguir con la producción de sus mercancías.

¹⁴⁷ Respecto al primero, las características que sitúan al sector financiero por encima de cualquier otra entidad económica son tres: la desregulación, la informatización y la cientifización. Por un lado, bajo los idearios neoliberales, la globalización ha fomentado que la actividad de los bancos como de las instituciones financieras estén menos restringidas y controladas, favoreciendo de este modo la circulación del capital. En segundo término, la informatización ha favorecido por ejemplo, que la compraventa en bolsa se pueda realizar vía internet, incrementado de este modo el número de operaciones. Y, finalmente, con el contrato de personal especializado en física, matemática o ingeniería, la innovación tecnológica se ha fortalecido. ESTÉVEZ ARAÚJO, J.A. (2021a). Las transformaciones económicas de la globalización neoliberal. En, ESTÉVEZ ARAÚJO, J.A. (Ed.), *El derecho ya no es lo que era: las transformaciones jurídicas en la globalización neoliberal*, (pp.23-67). Madrid: Trotta. pp.31-33.

Por irnos a un ejemplo ya citado, Pfizer (conocida hoy por las vacunas contra la COVID-19 y el cabildeo ejercido para la consolidación del *Acuerdo sobre los ADPIC*) recompra sus acciones para aumentar el valor de los que restan. Por ejemplo (recordando con casos recientes que señalaremos en el próximo capítulo), esta corporación gastó 139 mil millones en la última década en recompras y dividendos. Una cifra superior a la destinada a la I+D que era de 82.000 millones de dólares (UCL Institute, 2018, p.20).

Es decir, lejos de responder a los denominados *stakeholders* (las partes interesadas e implicadas y las personas afectadas por las acciones de la empresa que citábamos al final del Capítulo 1 en lo relativo a la RSC), la denominada gobernanza corporativa¹⁴⁸ refleja que las principales preocupaciones responden a los intereses de las y los accionistas y la maximización de beneficios (Estévez Araujo, 2021a, p.48).

- c) *Financiarización de las familias*: para finalizar, la *mercantilización de bienes*¹⁴⁹, como pueden ser las prestaciones sanitarias o los medicamentos, ha limitado a muchas personas a su acceso¹⁵⁰. Una situación que según Estévez Araujo (2021a, p.53) ocurrió gracias a diversas privatizaciones como aquellas descritas en el Capítulo 4.

En este sentido, en una gran parte la salud y los medicamentos han adquirido una condición de “producto de lujo”. Más allá de los PGE que serían suficientes para hacer frente al costo de estas prestaciones, la población se ha mostrado dispuesta a pagar “de más” por ellas. Por ejemplo, citábamos el caso de Euskadi donde en 2017 un 20% de la población contaba con seguros privados. Un porcentaje en la que destacaba que la población entre 25-44 años (junto a las de 45-64) era la que tenía contratado un seguro en mayor porcentaje (Martín *et al.*, 2017, pp.57-59).

A su vez, conocimos el caso de Teresa, una mujer de 66 años que necesitaba de una operación de menisco y por el cual debía de esperar siete meses en el sistema sanitario público. A través del contrato de un seguro privado en una mutua comarcal, esa lista de espera se redujo a una semana y fue finalmente operada en el Hospital de La Seu d’Urgell (Lleida) que, peculiarmente, alquilaba quirófanos al sector privado (Visa y Balsells, 2012).

¹⁴⁸ “[...] todo el conjunto de disposiciones jurídicas, culturales e institucionales que determinan lo que pueden hacer las empresas que cotizan en bolsa, quién las controla, cómo se ejerce ese control y cómo se asignan los riesgos y los beneficios de las actividades que realizan”. [Traducción de Estévez Araujo, 2021a, p.48] BLAIT, M.M. (1995). *Ownership and control: rethinking corporate governance for the 21st century*. Washington D.C.: Brookings Institution. p.4.

¹⁴⁹ La *mercantilización* puede ser definida en palabras de Pérez Orozco como la “conversión de todo rincón de la vida en potencial nicho de mercado” o, como señala Fernández Ortiz de Zárate “la conversión en mercancía de cualquier bien, servicio o actividad, en un contexto de relativa competencia, libertad de empresa y apertura de mercado”. PÉREZ OROZCO, A. ([2014]2017). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de sueños. p.12; FERNÁNDEZ ORTIZ DE ZÁRATE, G. (2018). *Mercado o democracia. Los tratados comerciales en el capitalismo del siglo XXI*. Barcelona: Icaria. p.38.

¹⁵⁰ Para analizar un breve análisis sobre las repercusiones en las pensiones y en la vivienda véase: ESTÉVEZ ARAÚJO, J.A. (2021a). *op. cit.* pp.53-56.

Una situación que por parte de la administración también se fomenta en cuanto se da “un sistema de doble velocidad”, en cuanto se sustrae de la “caja común” recursos para la asistencia privada al régimen mutualista y a las y los funcionarios, jueces y militares a través del MUFACE, MUGEJU o el ISFAS (Padilla, 2019, p.43).

En el mismo sentido, destacan los llamados “medicamentazos” que con el sistema de copagos o la exclusión de la financiación pública de ciertas prestaciones (fomentadas en parte por el analizado *RDL 16/2012*) generaron mayor gasto de bolsillo en las familias. Más allá de recortar en el gasto farmacéutico, como pudimos observar en la Tabla 16 (véase página 197), este se vio desplazado a los bolsillos de las familias.

En definitiva, sin adentrarnos en otros cuantos ejemplos, sobre todo los que hacen mención a las privatizaciones y mercantilizaciones descritas en el apartado 4.2.1. *Las primeras intervenciones del sector privado* (y donde se encuentran detrás de las mismas corporaciones, consultoras o familias como la Banca March, Philips, Medtronic, el Club Gertech, PwC, Indra o la familia Oriol) el poder del sector económico/financiero resulta más que evidente.

- b) *El poder político*: en segundo término destaca el papel de los Estados en toda esta lógica capitalista. Como ya hemos adelantado, con el neoliberalismo y la globalización, los Estados quedan subordinados a los Mercados y a la gobernanza transnacional (Fraser, 2020, p.130; Tombs, 2012, p.180). Dicho más explícitamente, “el estado dispone/paga (aun endeudándose para hacerlo) y el mercado gobierna/explota -aun convirtiéndose en acreedor del estado” (Jiménez, 2016a, p.56).

Así, cuando hacíamos mención al rescate por parte de los Estados de parte del Mercado, estábamos remarcando dos consideraciones: 1) la subordinación a la hora de “estabilizar los mercados y hacer posibles las condiciones favorables a la acumulación de capital” (Brown, [2010]2015, p.54); y 2) la importancia como actores de todo este entramado, dejando de esta forma de un lado la idea libertarista del Estado mínimo.

Si pusieramos especial atención al primero de ellos, las necesidades humanas quedaron relegadas frente al cumplimiento de la deuda y el objetivo de reducir el déficit (Jiménez, 2016b, p.2). El interés por “no pasarse de los presupuestos” tras el estallido financiero de 2008 trajo consecuencias en materia del DAME. Obviamente, nos referimos en especial a nuestro caso de estudio y la no disponibilidad y asequibilidad del Sovaldi por su elevado precio.

Aunque en este apartado no profundizaremos en el caso gallego y las experiencias de las y los afectados, basta señalar que la introducción en el mercado del medicamento coincidió con las medidas de recortes tomadas por los Estados. Una situación que aunque no haya sido totalmente reconocida, trajo las denegaciones en el acceso a personas con estadios severos del virus (“ya lo que me quedaba era morirme” nos decía Xulia) o se aprobó pero no llegó a tiempo como fue el caso de Eugenio que tuvieron que trasplantarle el hígado por segunda vez o Jesús, David o Isolina que fallecieron a la espera del tratamiento.

En este sentido, el poder político apostó por los recortes en materia de gasto público. Por ejemplo, el gasto sanitario público consolidado sufrió de grandes descensos entre 2007 y 2006, siendo considerables los descensos entre 2009/2010 (un 1,7% menos), entre 2010/2011 (un 2,1%), entre 2011/2012 (un 5,7%) y entre 2012/2013 (un 3,7%) (Ministerio de Sanidad, 2021). Estos dos últimos tramos que casualmente concuerdan con los sucesos descritos en el Capítulo 3 en Galicia.

Como muestra, bajo el argumento defendido por Feijóo, presidente de la Xunta, de privatizar “todo lo que no sea el núcleo duro del sistema”, entre 2009 y 2015 los presupuestos se redujeron en un 18,8%. Unos 1.000 millones de euros de descenso que trajeron consigo los recortes de 1.121 plazas del personal (siendo el instrumento principal las jubilaciones forzadas) o la supresión de 667 camas de 2011 a 2017 (Martín García, 2019, p.115).

Unas consecuencias que a diferencia de las derivaciones al sector privado, no reflejan que todas las medidas de recortes trasladen las prestaciones públicas a lo privado. Como citábamos, la situación de la deriva institucional fue en muchas ocasiones tan simple como eliminar el gasto en aquellas prestaciones que resultaban difícil de trasladar a la financiación privada como, por ejemplo, las retribuciones salariales, la congelación de plantillas (evitando la reposición de los puestos dejados por las jubilaciones) o el deterioro de la calidad de las prestaciones (Sabando y Rey del Castillo, 2020, p.457).

En la misma línea, a colación del *Acuerdo sobre los ADPIC* (descrito en el apartado 5.1.3. *Análisis del Acuerdo sobre los ADPIC*), el papel de los Estados es de suma importancia en cuanto el Acuerdo no se ejecuta a sí mismo (Athreye, Piscitello y Shadlen, 2020, p.321). Según el artículo 27 y el artículo 31 del texto, los Estados tienen la opción de excluir patentes cuando haya que proteger “el orden público o la moralidad, inclusive para proteger la salud o la vida de las personas o de los animales o para preservar los vegetales, o para evitar daños graves al medio ambiente” (art. 27.2) o aplicar las denominadas *flexibilidades* en casos de emergencia nacional, circunstancias de extrema urgencia o casos de uso público no comercial (art. 31.b).

Por ello, resulta necesario preguntarse lo siguiente: ¿qué papel tuvieron los Estados ante la crisis del Sovaldi y sus repercusiones sobre las afectadas y afectados por la hepatitis C? ¿por qué no se excluyó al Sovaldi de protegerla a través de patentes si la situación era preocupante para la vida de muchas personas? o ¿por qué no se aplicaron las flexibilidades para poder adquirir o fabricar genéricos más baratos?

La respuesta, efectivamente, responde a la superioridad del poder económico que estamos mencionando. Las amenazas arancelarias de países como EE. UU. o los mecanismos de exclusividad como la de datos, de mercado y de comercialización (los *ADPIC plus* que responden a la lógica que definiremos en el apartado del *poder jurídico*), responden a los intereses de las grandes corporaciones y dificultan la toma de decisiones de los países (sobre todo, aquellos que son EM de sistemas como la OMC o tienen mayor protagonismo en el mercado transnacional).

Como resultado, podría decirse que la soberanía y la democracia se vieron afectadas en cuanto a que la toma de decisiones políticas se alejaron de la ciudadanía y respondieron a ámbitos supraestatales, multinacionales o lobbies (Fernández Ortiz de Zárate, 2015a, pp.28-29). Por ejemplo, en lo que respecta a “la supremacía del poder” (la soberanía), con el neoliberalismo y la globalización el marco del Estado-nación se desintegró siendo sustituidos los principios de legalidad y política por el Mercado¹⁵¹. Como señalaría Brown:

La soberanía del Estado nación se ha visto socavada por la mentalidad neoliberal, que no reconoce ninguna soberanía que no sea la de los que toman las decisiones en las empresas (las grandes y las pequeñas), que sustituye los principios de la legalidad y de la política (en especial los compromisos liberales con la inclusión, la igualdad y la libertad universales y el Estado de derecho) por criterios de mercado, y que degrada la soberanía política a un estatus de nueva gestión ([2010]2015, p.17)

En este traslado de autoridad hacia el mercado destaca el papel de los lobbies. Según uno de los últimos informes de la ONG *LobbyControl* (2019, p.4) señala que estos grupos de presión tienen gran influencia en el Parlamento Europeo y la Comisión Europea. En torno a dos tercios de las 25.000 personas que conforman estos grupos en Bruselas representan al Capital y logran sus intereses consiguiendo la liberación de ciertos límites o barreras jurídicas.

Por poner otro ejemplo representativo del cabildeo, Pfizer jugó, en nuestro caso, un papel importante en el debate en torno al *Acuerdo sobre los ADPIC* y la consolidación de la OMC. Tras la segunda posguerra, un grupo de empresarios se unió para debatir qué papel tenía el conocimiento en el GATT y la lógica liberadora del neoliberalismo, y es que observaron que en las diferentes Rondas (Tabla 17, véase la página 214) la discusión se centró en las barreras arancelarias o las aduanas sin que la protección intelectual tuviera un lugar relevante. Por todo ello, se preguntaron: ¿cómo se podría fomentar el libre comercio en esta materia?

Pfizer y otras grandes corporaciones iniciaron un cabildeo señalando que era necesario liberalizar las denominadas “oportunidades de inversión”. Dicho de otro modo, se apostó por eliminar las restricciones nacionales que limitaban las opciones de inversión, incluyendo en esta posición, como no, un derecho a la protección intelectual exigible a escala global (Drahos y Braithwaite, 2002, p.68).

Del otro lado, la democracia “se jibariza, queda relegada a la gestión de los restos que no interesan a los mercados y a las grandes empresas” (Fernández Ortiz de Zárate, 2018, pp.30-31). Es decir, se ve devaluada y corporativizada (Fernández Ortiz de Zárate, 2015b, p.30). Por este motivo, podría decirse que los derechos emergentes en los que se incluye el DAME carecen de un papel protagónico en cuanto es necesario como hilo y base la democracia (Bondia García, 2014, p. 97).

¹⁵¹ “En el marco de la globalización, el capitalismo desborda y supera las fronteras del Estado nación y pone en marcha mecanismos de regulación y de toma de decisiones que modifican sustancialmente la estructura institucional del Estado democrático de derecho. El Estado pierde soberanía y deja de ser un poder verdaderamente autónomo, para pasar a depender cada vez más de los recursos económicos y financieros que le puedan aportar poderes privados. SILVEIRA GORSKI, H. (2014). Por un espacio público no estatal. Contra la hegemonía neoliberal y el declive de la democracia. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Delitos de los Estados, de los Mercados y daño social: debates en Criminología crítica y Sociología jurídico-penal*, (pp.99-112). Barcelona: Anthropos Editorial/OSPDH. p.108.

Por este motivo, los argumentos dados por Ferrajoli (en el apartado 2.2.2. *El DAME como bien social*) quedan contextualizados en cuanto los derechos están siendo agredidos a favor de intereses que favorecen la no introducción de garantías de los derechos establecidos en las cartas y convenciones, los procesos de desregulación, la no aceptación por parte de la Política de su sujeción al Derecho o la reducción del papel del gobierno (Ferrajoli, [2013]2014), p.136).

- c) *El poder cultural*: este poder podría definirse como el poder simbólico que organiza la vida social entorno a ciertas expectativas y presuposiciones e induce a las personas hacia el camino que parece ser el correcto (Capella, [1997]2008, p.28). En este sentido, podría comprenderse la razón cognoscitiva definida por Adorno y Horkheimer o *la pedagogía de la sumisión* definida por Hernández Zubizarreta donde la lógica del capital es banalizada por la sociedad (García, 2020).

Así, pese a que este poder, que también responde a la *violencia cultural* descrita por Galtung, tiene una magnitud considerable y todavía no hay una respuesta completa que pueda describirla, el control del discurso y la narrativa resulta ser una de sus características principales.

Cuando Boi Ruíz i García, Conseller de Salut entre 2010 y 2016 dijo que "no hay un derecho a la salud, porque ésta depende del código genético que tenga la persona, de sus antecedentes familiares y de sus hábitos, que es lo que sería el ecosistema de la persona" (Efe, 2011), lo que se quiere inducir en la sociedad es la idea de que la enfermedad o los padecimientos responden a la mala suerte descrita por los libertaristas y la responsabilidad individual que tenemos cada uno o una de nosotras respecto a nuestra salud.

En estos términos, una de las estrategias para justificar y legitimar socialmente el camino de las políticas públicas consiste en presentar los impactos negativos como actuaciones aisladas y extraordinarias y fomentar relatos enfocados en el progreso, el desarrollo o, incluso, el avance tecnológico (Fernández Ortiz de Zárate, 2015b, pp.29-30). Un ideario modernizador que justifica en parte la *posición discursiva* que tomamos en torno a los derechos humanos (apartado 2.2.1. *Las principales "escuelas de los derechos humanos*).

En el caso de estudio, durante un almuerzo informativo realizado por *El Mundo* en el Hotel Palace de Madrid en abril de 2016, Feijóo utilizó esta vía a la hora de negar que las políticas de austeridad tuvieran relación con la denuncia presentada por el colectivo Batas Blancas a la que se adhirió la PGAHC. Dijo lo siguiente: "Si no recuerdo mal, son dos médicos los que han denunciado esto. Me parece un disparate. El 99% de los pacientes han sido tratados. Por esa denuncia que afecta a dos o tres pacientes no me parece lógico hacer esa relación" (Precedo, 2016).

Una excepcionalidad reduccionista que disminuyendo tanto el número de demandantes como de afectadas y afectados (en este caso matizamos que no solo las personas enfermas se incluyen aquí, también sus familiares) buscaba quitar peso a esta injusticia¹⁵².

¹⁵² Unas tesis que se asemejan con las conocidas *técnicas de neutralización* definidas por Sykes y Matza en 1957 respecto a las justificaciones dadas por las y los jóvenes infractores. Entre ellas, destaca esta *negación de la responsabilidad* donde se niega la responsabilidad de ciertos <<<

A este reduccionismo se le añaden los grandes sueños iluministas que Adorno y Horkheimer llegaron incluso a atribuir a la socialdemocracia. En materia de salud (definido en el apartado 4.4. *Los (no tan) nuevos peligros en la comprensión de la salud y la medicina*), la hipertecnologización de la medicina, la medicina personalizada o la salud digital son algunos avances que podrían repercutir en la satisfacción de nuestras necesidades. No negamos sus aspectos positivos, pero inducen a la sociedad a considerar que la salud no es finita, que no somos vulnerables y que necesitamos sí o sí de ellos aunque ello pueda significar un mayor poder del sector privado o mayor extracción de recursos naturales (que no son muchos) para la fabricación de nuevas tecnologías.

Como resultado, parece que muchas degradaciones sociales se naturalizan. Como sostiene Pérez Orozco ([2014]2017, pp.20-21), nos contentamos con tener un empleo (aunque no dure mucho) y no nos preguntamos por nuestro historial de cotizaciones a la seguridad social porque ya nadie aspira a una jubilación digna. Por ello, parece que se da la “paradoja de la libertad” definida por Todorov ([2012]2016, p.99): “la libertad de los individuos, en nombre de la cual se rechaza toda intervención del Estado, se ve entorpecida por la libertad sin restricciones que se concede al mercado y a las empresas”.

Junto al control de *lo que se dice*, también se encuentra *aquello que no se dice*. En el caso de la exclusión farmacéutica, en el Capítulo 5 pudimos citar las resoluciones del Consejo de Transparencia y Buen Gobierno donde se antepuso el interés público a los intereses económicos y comerciales cuando se solicitó conocer las condiciones de financiación y precio de fármacos como el Hyrimoz, la Yescarta o el Sovaldi (Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, R-0266-2018, 2018; R-0478-2019, 2019; R-0885-2019, 2020).

En relación con el último fármaco (el mismo que fue excluido en nuestro caso de estudio), Gilead tuvo el descaro de poner en el mercado dicho medicamento por un precio 1.000 veces superior a su verdadero coste. Una denuncia realizada por dos senadores estadounidenses, Wyden y Grassley (2015), que en el Informe *The Price of Sovaldi and its Impact on the U.S. Health Care System* dieron a conocer que el verdadero costo de una pastilla diaria que se vendía a 1.000 dólares (84.000 el tratamiento) era realmente de 1 dólar.

Del mismo modo, aparte de ocultar la información, mucha termina por ser desformada, creando ésta en muchas ocasiones situaciones de estigma, etiquetamiento y estereotipos. Por ejemplo, la hepatitis C fue y es objeto de desinformación siendo una de estas falsas informaciones sus vías de transmisión. Es común considerar que la mayoría de los casos tienen vínculo con el uso de drogas inyectables por vía parenteral o con el VIH. Cuando realmente, en una gran proporción, la transmisión del virus respondía a la falta de control del reemplazo del factor de coagulación, la transfusión de sangre o los trasplantes de órganos (Molina Pérez y Fernández Castroagudín, 2018, p.24).

resultados o se alega a que estos se deben a “fuerzas ajenas”; otra puede ser la *negación del daño*, comprendiendo estos como daños colaterales; o *se condena a quien condena*, señalando que las y los principales culpables son las propias personas afectadas, “tiene lo que se merecen”. SYKES, G.M. y MATZA, D. (1957). Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency. *American Sociological Review*, (22), 664-670. pp.667-668.

Una muestra de todo ello lo pudimos comprobar en las palabras que Elena y sus compañeros y compañeras recibieron cuando recogían firmas de apoyo en A Coruña en marzo de 2015. Hubo gente que les dijo lo siguiente: “dejadme en paz, tenéis lo que os merecéis”, a lo que ella respondió: “mira lo único que deseo es que nadie de tu familia lo tenga [...] ¿y usted sabe lo que es?” (Elena Rivas Vieites, 6 de marzo de 2020).

En esta línea, recordando lo que señalaba Sontag ([1978/1989]2020, p.129) respecto al discurso, las metáforas o mitos sobre ciertas enfermedades (como el cáncer primero y el VIH/SIDA después), la “lucha frente a” o “la cruzada frente a”, más que un bien, terminaban por generar experiencias negativas en las y los enfermos. Podría decirse, por lo tanto, que el discurso belicista o de guerra empleado responde a una amenaza que pone en duda la aspiración del “estado de completo bienestar” que utiliza la OMS para definir la salud. Aspirar a algo imposible a través del combate genera miedo, temor y rechazo social.

Una situación a la que se añade el sentimiento de *culpa* por parte de las personas afectadas. En este aspecto, el ejemplo que demuestra este resultado es el discurso empleado por las instituciones tras el estallido financiero de 2008. Como sostiene Stimilli, el gran déficit público y su respuesta unió los significados de *culpa* y *deuda* en un solo sentido¹⁵³. El austericidio y las medidas de recorte respondieron a los “sacrificios” que había que realizar (Stimilli, [2015]2020, p.11).

Así, la culpa fue atribuida a los Estados que gastaron de más, una situación que debía de ser expiada (Stimilli, [2015]2020, p.77). Como citó Mariano Rajoy (expresidente del Estado español entre 2011/2018) en alguna ocasión: “habíamos vivido por encima de nuestras posibilidades” y “no podemos gastar lo que no tenemos” (CNN, 2012).

Esto es, la señalada supuesta secularización que inició con el proyecto modernizador se puso en duda. Con la expiación y la culpa se “despertaron” tintes religiosos que podrían corroborar una de las tesis establecidas por Walter Benjamin hace justo 100 años: el capitalismo es religión.

En el texto *Capitalismo como religión*, Benjamin afirma que “el capitalismo sirve esencialmente a la satisfacción de las mismas preocupaciones, dolencias e intranquilidades a las que antaño daban respuesta las llamadas religiones” (Benjamin, [1921]2021, p.85). La trascendencia de Dios había caído sí, pero él no había muerto, “está incorporado al destino humano” (Benjamin, [1921]2021, p.87).

Para justificar dicha posición, los tres rasgos que describió fueron los siguientes:

i) El capitalismo concentra culto;

[...] el capitalismo es una pura religión de culto, quizás la más extrema que jamás haya existido. Todo en él tiene significado únicamente de modo directo en relación con el culto; no conoce ninguna dogmática especial, ninguna teología. (Benjamin, [1921]2021, p.86)

¹⁵³ Que casualmente, en alemán, coinciden en la misma palabra. *Schul* (en singular) significa culpa, mientras que *schulden* (en plural) hace referencia a la deuda. STIMILLI, ([2015]2020). *op. cit.* p.146.

ii) El culto tiene una duración permanente; y

El capitalismo es la celebración de un culto *sans rêve et sans merci* [sin sueño y sin piedad]. No hay ningún “día laborable” [,] ningún día que no sea festivo en el pavoroso sentido del despliegue de toda la pompa sagrada [,] del más extremo esfuerzo adorador (Benjamin, [1921]2021, p.86)

iii) Este culto culpabiliza.

El capitalismo es, presumiblemente, el primer caso de un culto que no es expiatorio, sino culpabilizante. Aquí, este sistema religioso se precipita en un movimiento monstruoso. Una monstruosa conciencia de culpa que no sabe cómo expiarse echa mano del culto no para expiarla en él, sino para hacerla universal [...] (Benjamin, [1921]2021, p.86).

d) *El poder jurídico*: en la misma dinámica de la modernidad capitalista, el derecho juega un papel crucial que justifica y legitima todas las acciones y consecuencias que hemos señalado. En este término, podría decirse que el derecho genera y fomenta violencia en cuanto existe la implementación de una arquitectura de la impunidad basada en el derecho corporativo global, es decir: la denominada *lex mercatoria* (Fernández Ortiz de Zárate, 2015b, p.28).

Una “ley del mercado” que puede ser definida como el “conjunto de prácticas” o el “derecho creado directamente por el polo exclusivamente privado del soberano supraestatal” que separada del poder político sirve “para regular sus relaciones recíprocas, para reglar sus relaciones con los estados abiertos y para determinar las políticas de estos” (Capella, [1997]2008, p.326).

En este sentido, la *lex mercatoria*¹⁵⁴ o *nueva lex mercatoria*¹⁵⁵, legitima y permite las acciones (y omisiones) realizadas por el poder económico. Es decir, la señalada *lógica del capital*. La misma que se consigue imponer en “la cúspide de la pirámide normativa” y divide el derecho en un “derecho fuerte” que responde a sus intereses por medio de tratados y convenios y, un “derecho débil” representado por la soberanía de los pueblos y el marco de los derechos humanos (Fernández Ortiz de Zárate, 2018, p.68; 2015a, pp.28-29).

Por este motivo, más allá del derecho local como el *RDL 16/2012* que excluyó, entre otros sectores, a las personas inmigrantes en situación irregular de la asistencia sanitaria, confirmó lo señalado por Baratta ([1998]2000) o Barcellona (2000) respecto a la exclusión de la que nació el contrato social. El ejemplo más representativo que conocemos responde a la protección de la propiedad intelectual dentro del marco del OMC en 1994.

¹⁵⁴ También definida como un nuevo poder en la esfera jurídica internacional que con la globalización favorece el mandato de las empresas transnacionales a nivel mundial; siendo “este Derecho es más cercano a normas privadas que a normas públicas”. HERNÁNDEZ ZUBIZARRETA, J. (2012). *Lex Mercatoria*. En, HERNÁNDEZ ZUBIZARRETA, J., GONZÁLEZ, E. y RAMIRO, P. (Eds.), *Diccionario crítico de empresas transnacionales. Claves para enfrentar el poder de las grandes corporaciones*, (pp. 135-138). Barcelona: Icaria. pp.135-138.

¹⁵⁵ Según Estévez Araújo, resulta más conveniente llamar a esta *lex mercatoria* como “nueva” ya que ya existió un derecho similar en la Edad Media donde, se daban “relaciones comerciales ‘internacionales’ que vinculaban a los comerciantes de unas ciudades con las de otras”. ESTÉVEZ ARAÚJO, J.A. (2021b). Las transformaciones jurídicas de la globalización neoliberal. En, ESTÉVEZ ARAÚJO, J.A. (Ed.), *El derecho ya no es lo que era: las transformaciones jurídicas en la globalización neoliberal*, (pp.69-122). Madrid: Trotta. p.83.

Por no repetir los intereses de empresas como Pfizer y su cabildeo o la respuesta a la libertad comercial defendida por el neoliberalismo, el *Acuerdo sobre los ADPIC* supuso que la protección de la propiedad *lockeana* pasara de ser un asunto puramente territorial o nacional a ser una preocupación global. Con el *Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio* se respondió así a los intereses de grandes corporaciones y grandes países como EE. UU., la UE o Japón que se vieron beneficiados frente a la situación de otros países¹⁵⁶.

Todo un contexto que refleja la debilidad de los derechos humanos como el DAME. Un derecho en el que, en su vinculación con el derecho a la salud, al no ser considerado un derecho fundamental ni en la CE ni en el marco europeo, siempre ha estado en una posición inferior (pese a sus vínculos con otros derechos como el derecho a la vida o la fuerte garantía jurisprudencial abalada por el TEDH).

De este modo, basta con volver a traer el debate de las obligaciones de los Estados y sus funcionarias y funcionarios y citar lo señalado por el juez Lago Luro en el Auto que archivaba judicialmente el caso gallego de la hepatitis C:

[...] conviene recordar en primer lugar que el artículo 43 de la Constitución no reconoce propiamente un derecho a la salud sino un derecho a la protección de la salud, lo cual es lógico pues, más que ante un derecho fundamental de inmediata exigencia, nos hallamos, como bien ha puntualizado el TS, ante una "obligación de medio" que conmina a los poderes públicos a diseñar, planificar y orientar toda su actuación en orden a tratar de llevar a cabo toda una serie de actividades que tengan por fin principal el mantenimiento, restablecimiento y la mejora de las salud de los ciudadanos, sin que ello comporte una obligación de que tal resultado sea siempre logrado, pues es obvio que tal objetivo no siempre puede alcanzarse. En definitiva, nos hallamos ante una "obligación de medio", no de "resultado". (Juzgado de Instrucción n.º3 de Santiago de Compostela, Auto 14/2019)

No existe obligación directa para garantizar el derecho a la salud, o en este caso, la protección de la salud. La administración debe organizar y plantear actividades que mantengan, restablezcan o mejoren la salud de la ciudadanía sin comprometerse a que esta se vaya a conseguir. Por este motivo, puede que su garantía se quede en un marco débil en cuanto no se busca un resultado (aquí reconocemos que el bienestar completo es imposible) y pueden ser muchas las interpretaciones que lleven a actuar, por ejemplo, a través de la privatización de los servicios.

En suma, en nuestro caso, la judicialización que tratábamos al final del Capítulo 2 sobre el acceso a medicamentos, queda comprobado que ha tenido un impacto negativo en cuanto justifica, de cierta manera, las desigualdades en materia de acceso. Por lo tanto, resulta ser insuficiente y es que, tal y como diría el mismo Auto ya citado, tomando las palabras del Auto de resolución del Tribunal Supremo en el caso de Ana Mato, el principio de legalidad es insuficiente para poder perseguir este tipo de daños, injusticias o violencias por vía penal:

¹⁵⁶ Para un análisis más concreto véase: WONG, S. y RAMOS TOLEDANO, J. (2021). La expansión de la propiedad. En, ESTÉVEZ ARAÚJO, J.A. (Ed.), *El derecho ya no es lo que era: las transformaciones jurídicas en la globalización neoliberal*, (pp.195-216). Madrid: Trotta.

Esta Sala es sensible a la inquietud y desasosiego que los afectados por el virus de la hepatitis C, así como sus familiares, están sufriendo, pero debe recordarse que el sistema de justicia penal en una sociedad democrática tiene una naturaleza excepcional y fragmentaria, de última ratio, respecto de las conductas que puedan considerarse como delictivas, las que quedan delimitadas por la tipicidad de las acciones que se definen como delitos en el Cpenal, por lo tanto ni el sistema de justicia penal, ni más concretamente el Cpenal, puede convertirse ni en un mero instrumento de política criminal ni en la primera respuesta ante decisiones por retrasos en la actuación gubernamental aunque sean temas tan sensibles como la salud de los ciudadanos, porque ello supondría vertebrar el Derecho Penal alrededor de las ideas de totalidad y omnicomprendibilidad y por tanto en primera ratio y no en la última, como ya dijo esta Sala en el auto de 28 de Julio del 2000, Causa Especial 1420/2000. (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Auto de Resolución 20119/2015)

En definitiva, no hay interés. De esta manera, se observa como tendencia que el poder económico acciona, el poder político acepta, el poder cultural induce y normaliza y el poder jurídico legitima que las injusticias estructurales se produzcan. Unas prácticas en las que están involucrados muchos actores y se llevan a cabo a través de diversas actuaciones.

A su vez, resulta difícil conectar estas articulaciones con los efectos, el impacto o el daño que generan. Una imagen representativa en materia de *exclusión farmacéutica* es la relación causa-efecto entre el tratamiento a tiempo del Sovaldi y el fallecimiento de varias personas en Galicia. Según el argumento utilizado en bastantes ocasiones por el IMELGA: “el cuadro clínico de esta paciente era tan grave que la administración del tratamiento [...] unos meses antes de su administración, no hubiesen podido evitar el resultado final que tuvo”.

Como resultado, parece que nos encontremos en una dinámica que no tendrá final. Estas injusticias no pararán hasta que no se establezcan mecanismos de control en las relaciones del poder económico y político; se deje de un lado la razón instrumental puesta al servicio de la explotación que vuelve a la sociedad en animal que gira la rueda y no se queja; o se pone fin a la *lex mercatoria*, reconociendo que el derecho reproduce la violencia que pretende evitar y legitima la lógica del capital por delante de nuestras vidas y nuestras propias necesidades vitales.

6.2. El marco del conflicto capital-vida

6.2.1. Los antecedentes del conflicto capital-trabajo

En este segundo apartado, nuestro objetivo consistirá en establecer uno de los principales enfoques que nos pueden ayudar a poner la vida en el centro. Con la finalidad de hacer frente a toda esta dinámica de ingredientes que forman nuestro problema de estudio, apostamos por tomar las líneas dadas por la economía feminista en torno al *conflicto capital-vida*.

No obstante, antes de entrar de lleno en su análisis, cabe recordar que este conflicto no es totalmente nuevo y podría decirse que tiene parte de su origen en el conflicto entre capital y trabajo asalariado que principalmente Marx trabajó en el contexto de la Primera Revolución Industrial británica y sus consecuencias.

Si recordamos, la Revolución ocurrió cuando la industria artesana o manufacturera dejó paso a la industria mecanizada. De este modo, el modelo de producción feudalista

se transformó con el capitalismo, siendo modificada la condición de las y los trabajadores en cuanto no controlaban a la máquina, sino que era su movimiento lo que tenían que seguir: “en la manufactura los obreros son miembros de un mecanismo vivo. En la fábrica existe un mecanismo inanimado independiente de ellos, al que son incorporados como apéndices vivientes” (Marx, [1867]2021, p.503).

Totalmente separados de los medios de producción, la industria tuvo el fin, según Fontana (2019, p.141), de asegurar al patrón “el control sobre la fuerza de trabajo y facilitarle la obtención de un mayor excedente”. Así, las y los trabajadores que se transformarían en obreras y obreros se encontraban sometidas al capital tanto social como técnicamente (Harnecker, [1969]1972, p.49).

Por ello, el Capital puede ser definido como la “relación social de dominación por la extorsión de la plusvalía”¹⁵⁷ (Beaud, [1981]1984, p.54). O dicho en palabras de Marx:

El Capital se convierte, asimismo, en una relación coactiva que impone a la clase obrera la ejecución de más trabajo del que prescribe el estrecho ámbito de sus propias necesidades vitales. Y en cuanto productor de laboriosidad ajena, en cuanto succionador de plustrabajo y explotador de fuerza de trabajo, el capital excede en energía, desenfreno y eficacia a todos los sistemas de producción precedentes basados en el trabajo directamente compulsivo. (Marx, [1867]2021, p.380)

En este sentido, cuando los grandes capitalistas obtienen más beneficios a costa del trabajo excedente o asalariado de las obreras y obreros es cuando el capital funciona. Y es en la condición de estas últimas donde nos queremos centrar. Por ejemplo, estos son dos fragmentos de Marx en *Manuscritos: economía y filosofía* ([1844]1969), que describen la deshumanización de la clase obrera y su condición de vida:

[...] el trabajo, *la actividad vital, la vida productiva misma*, aparece ante el hombre solo como un medio para la satisfacción de una necesidad, de la necesidad de mantener la existencia física. La vida productiva es, sin embargo, la vida genérica. Es la vida que crea vida. En la forma de la actividad vital reside el carácter dado de una especie. Su carácter genérico, y la actividad libre, consciente, es el carácter genérico del hombre. La vida misma aparece solo como *medio de vida*. (Marx, [1844]1969, p.111)

La producción produce al hombre no solo como *mercancía, mercancía humana*, hombre determinado como *mercancía*; lo produce, de acuerdo con esta determinación, como un ser *deshumanizado* tanto física como *espiritualmente*. Inmoralidad, deformación, embrutecimiento de trabajadores y capitalistas. Su producto es la mercancía *con conciencia y actividad propias...*, la *mercancía humana*. (Marx, [1844]1969, p.125)

En estos términos se articuló el conflicto entre capital y trabajo en los siglos XVIII y XIX. Un conflicto en el que nos queda por definir el concepto de *trabajo* más allá del trabajo asalariado ya descrito. Un marco en el que, precisamente, será en este punto donde el feminismo de la segunda ola vuelva lo personal (lo privado) en político¹⁵⁸.

¹⁵⁷ Comprendiendo esta plusvalía, o mejor dicho, su tasa en “la expresión exacta del *grado de explotación de la fuerza de trabajo por el capital*, o del obrero por el capitalista”. MARX, K. ([1867]2021). *El Capital: crítica de la economía política. Libro primero: el proceso de producción del capital*. Madrid: Siglo XXI. p.281.

¹⁵⁸ En la primera ola, recordamos que se incluyen feministas liberales como Olympe de Gouges que a finales del siglo XVIII denunció el olvido hacia las mujeres en la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de Francia* de 1789 (véase nota de pie n.º6) o Mary Wollstonecraft quien se enfrentó a Rousseau y a la exclusión política de las mujeres del ámbito público (véase nota de pie n.º15).

Los principales representantes de la escuela clásica de economía, Adam Smith, David Ricardo, John Stuart Mill o Thomas R. Malthus entendían que “todo bien en sentido económico tiene un valor objetivo correspondiente al coste de trabajo requerido para producirlo” (Stimilli, [2015]2020, p.203)¹⁵⁹. De este modo, bajo una *teoría del valor* basada en la oferta, el trabajo era definido como “un medio de producción comprado en el mercado” (Picchio, 2009, p.32).

Es decir, el término “trabajo” quedó cautivo como representación del trabajo de mercado, siendo el “empleo” el tipo de trabajo realizado en las relaciones mercantílicas a cambio de un salario (Bosch, Carrasco y Grau, 2005, p.327). Toda una concepción que se diferencia al estado previo del capitalismo donde la idea del trabajo era, según Carrasco Bengoa (2014b, p.26), transistémica: “un concepto amplio que representa toda actividad humana orientada a producir bienes y servicios destinados a satisfacer necesidades humanas. Una actividad que se desarrolla de manera continua y forma parte de la naturaleza humana [...]”. Es decir, el objetivo era la propia subsistencia.

Hacia la misma dirección, la concepción mercantilista del trabajo fue mayormente defendida por la escuela neoclásica o también llamada de marginalismo que, alejándose del vínculo con la producción, reemplazaron las ideas de la escuela clásica por la teoría de la utilidad y la productividad marginal (Carrasco Bengoa, 2014b, pp.27-28). Es decir, figuras como William Stanley Jevons, León Walras o Carl Menger, interpretaron que “el valor de un bien deriva de la utilidad que le atribuye el consumidor” (Stimilli, [2015]2020, p.203). Dicho en otras palabras:

[...] se pasó de una teoría que reflejaba en el precio del trabajo el proceso social necesario para que los trabajadores pudiesen trabajar y reproducirse y, a ser posible, incluso disfrutar de parte del excedente (si las relaciones de fuerza lo permitían), a una teoría del salario como incentivo que refleja un cálculo en el margen entre utilidad del ingreso y desutilidad del trabajo [...] (Picchio, 2009, p.38)

Esto es, estas interpretaciones justificaron que toda fuerza humana empleada para realizar ciertas actividades ajenas a un salario o una relación mercantil dejaran de ser consideradas como *trabajo*. Como denunciaba Carrasco Bengoa ([2001]2023, p.5; 2014b, p.28), se legitimó la separación entre lo público económico y lo privado no económico, siendo totalmente invisibilizados y marginados trabajos como el doméstico o el cuidado que, por casualidad, eran realizados en su mayoría por las mujeres.

En estos términos y con la denuncia de esta situación es cuando aparecería el conflicto capital-vida. Sin embargo, podemos reflejar que esta situación todavía ocurre con el enfoque económico oficial ya que no se hace responsable de las condiciones de vida de la población cuando ignora, por ejemplo, a través del uso del PIB (ya lo hemos citado en la nota del pie n.º146) estos trabajos privados sin salario, la también denominada “esfera privada” (Bosch, Carrasco y Grau, 2005, pp.329-330).

¹⁵⁹ Puede analizarse en mayor consideración sobre Malthus, Smith y Ricardo en los capítulos V, VI y VII, respectivamente, en el siguiente trabajo de Vincenzo Ruggiero: RUGGIERO, V. ([2013]2018). *Los crímenes de la economía: un análisis criminológico del pensamiento económico*. Madrid: Marcial Pons. pp.67-117.

6.2.2. *El papel de la economía feminista y el eje de los cuidados*

La economía feminista redefine el conflicto entre capital y trabajo a través del *conflicto capital-vida*, una tensión que más allá de lógicas mercantiles, de producción y visión marginal, comprende que toda la estructura socioeconómica y el proyecto modernizador formados por los poderes económicos, políticos, culturales y jurídicos se encuentra afectada (Pérez Orozco, [2014]2017, p.79).

No obstante, aunque este tema se haya convertido recientemente en un asunto de mayor preocupación, cabe señalar que las denuncias en torno al empleo de las mujeres y las desigualdades salariales ya databan del siglo XIX con representantes como Barbara Leigh Smith Bodichon, Ada Heather-Bigg, Charlotte Perkins Gilman o Harriet Taylor Mill. En cambio, el debate sobre este conflicto surgió en la década de los 60 del siglo XX, que coincidiendo con la Segunda Ola del feminismo, una de las críticas metodológicas y conceptuales a las prácticas hasta ahora tradicionales correspondió al debate sobre el trabajo doméstico (Carrasco Bengoa, 2014a, p.15).

Un debate en el que ya hemos adelantado la principal crítica: la no concepción como trabajo del trabajo doméstico realizado en mayoría por las mujeres. Una cuestión que comenzó a ponerse en duda a través de la canadiense Margaret L. Benston que en 1969 publicó *The Political Economy of Women's Liberation* en el *Monthly Review* y que, de manera ulterior, cobró fuerza a través de la posición presentada por la italiana Mariarosa Dalla Costa y la estadounidense Selma James en 1972 con *The Power of Women & the Subversion of the Community* (Pérez Orozco, 2014a, p.51, nota de pie n.º34).

En esta lógica, la denuncia actual, desgraciadamente, sigue siendo la misma pero se le añade el trabajo de los cuidados. Unos cuidados que hay que comprenderlos de manera universal en cuanto todas las personas lo necesitan a lo largo de la vida (especialmente al inicio y final de esta) siendo a veces biológicos, otras veces afectivos o en ocasiones, de sostenibilidad emocional (Carrasco Bengoa, 2014b, p.36).

En estos términos, la economía feminista se muestra rupturista en cuanto se intenta poner la vida, el bienestar y la satisfacción de las necesidades vitales por delante del mercado y el lucro (Carrasco Bengoa, 2014b, p.38). Por ello, traemos este eje vertebral a nuestra tesis en cuanto consideramos que la solución a la *lógica del capital*, descrita en el anterior apartado, se encuentra en el objetivo principal que persigue esta visión: poner la vida en el centro y dejar de normalizar que vivamos “en un alambre permanente sin red debajo” (Carrasco Bengoa, 2014b, p.38; Pérez Orozco, [2014]2017, p.21).

De este modo, es necesario que la vida sea protagonista de las soluciones e interpretaciones que planteemos y podamos entenderla en un proceso histórico que está en constante reconstrucción y requiere tanto de recursos materiales como de relaciones de *cuidado* (Carrasco Bengoa, 2014b, p.38). Por todo ello, vale incidir en que los propósitos de la economía feminista no están enfocados en ampliar el marco de relaciones económicas para dar un sitio a las mujeres, sino que se plantean deconstruir los conceptos y modelos tradicionales y promover nuevas categorías que integren la realidad tanto de las mujeres como de los hombres teniendo como eje la satisfacción de las necesidades humanas (Carrasco Bengoa, 2014a, p.18)¹⁶⁰.

¹⁶⁰ Por ello, se invita a denunciar críticamente toda relación de poder y promover alternativas (¿no es acaso eso el feminismo?), una visión integral que más allá de poner en duda el <<<

Una postura que hemos tomado, por ejemplo, al utilizar el término de “estallido financiero” para describir los sucesos de 2007/2008 frente a la comúnmente utilizada “crisis”. Con ello este concepto, hemos querido reflejar que en su amplitud, se da respuesta a “un conjunto de procesos que ponen en riesgo la sostenibilidad de la vida”. Así, estos acontecimientos tan solo pueden ser interpretados como “problemas en los circuitos de valorización del capital” que reflejaron un conflicto capital-vida que ya venía de antes (Pérez Orozco, [2014]2017, p.48). El estallido no puede entenderse como “crisis” porque no significó una quiebra de los procesos vitales, sino que fue la respuesta posterior (la de recortes y austeridad) la que sí que lo hizo (Pérez Orozco, 2014b, p.174).

A su vez, cabe enfatizar, como cita Fraser (2020, p.21), que “el trabajo remunerado no podría existir en ausencia del trabajo doméstico, la crianza de los hijos, la enseñanza, el cuidado afectivo y toda una serie de actividades que ayudan a producir nuevas generaciones de trabajadores y reponer las existentes”. Con otras palabras, “el subsistema económico del capitalismo depende de actividades de reproducción social externas a él, que constituyen una de las condiciones primordiales que posibilitan su existencia” (Fraser, 2020, p.75).

Una afirmación corroborada por María Ángeles Durán Heras (2018), que a la hora de estimar las horas anuales de trabajo destinadas al cuidado con la Encuesta de Empleo del Tiempo del Instituto Nacional de Estadística de 2010, pudo comprobar que la cantidad de tiempo podía equivaler, en términos de empleos a tiempo completo en el sector servicios, a una cantidad de 28.143.097. Una cifra significativamente superior al resultado del tiempo dedicado al trabajo remunerado que era de 22.246.426 empleos.

Dicho de otro modo, las necesidades se satisfacen más fuera del mercado que dentro. Según Durán Heras, “la fuerza numérica del cuidatoriado¹⁶¹ como productor de servicios no remunerados de cuidado es extraordinaria, casi un tercio superior a la de toda la población ocupada en el mercado de trabajo” (Durán Heras, 2018, 4. El nacimiento de una clase social: el cuidatoriado; 4.7. La fuerza numérica del cuidatoriado: veintiocho millones de empleos a tiempo completo, párrafo 2).

En estos términos, resulta necesario mirar a la vida con sostenibilidad preguntándonos “cómo se reproduce la vida (social). No cualquier vida, sino una que merezca ser vivida (y qué entendemos como tal)” (Carrasco Bengoa, 2014a, p.18; Pérez Orozco, 2014b, p.172). Una ardua tarea que necesita partir de la propia *vulnerabilidad* de la vida y de su *interdependencia* porque “la vida es una potencia y no una certeza” (Pérez Orozco, 2021).

patriarcado, cuestiona el capitalismo, el colonialismo, el antropocentrismo, etc. Una visión que concuerda con la interpretación amplia que Nancy Fraser realiza sobre la sociedad capitalista y sus “talleres ocultos” que serían: “los procesos de reproducción social asimétricos en cuanto al género, a la dinámica racializada de la expropiación, a las formas de dominio político estructuradas por las diferencias de clase y a las ambiciones imperiales, así como a la depredación ecológica sistemática”. FRASER, N. (2020). *Los talleres ocultos del capital: un mapa para la izquierda*. Madrid: Traficantes de sueños. p.11.

¹⁶¹ Definida por Durán Heras en 2013 como una nueva clase social compuesta por las y los cuidadores. DURÁN HERAS, M.^a A. (11 de julio, 2013). Sesión especial 5: La dependencia. El surgimiento de una nueva clase social en las sociedades avanzadas. *XI Congreso de la Federación Española de Sociología. Crisis y cambio: propuestas desde la sociología*. UCM, Madrid.

6.2.3. El reconocimiento de la vulnerabilidad y la interdependencia

Si decidiéramos partir del análisis del primero de ellos, la *vulnerabilidad* se debe comprender como una condición que precede a nuestro “yo”; “una condición de despojo inicial que no podemos discutir porque sería necio hacerlo, cuando no peligroso” (Butler, [2004]2006, pp.57-58). En estos términos, lo que Judith Butler quiere señalar es que todas y todos somos vulnerables, no hay diferencias aparte de los distintos mecanismos de *vulneración* que puedan recibir determinados sectores de la población¹⁶².

Por esta razón, los derechos a la vida o a la salud pueden ser objeto de crítica en cuanto a que caen en la fantasía ante una vida vulnerable por dos motivos: 1) por su finitud, la muerte está tan solo a un paso; y 2) por su precariedad, ya que exige de ciertas condiciones materiales y sociales (Butler, [2009]2017, p.30). Así, al apelar a un estado de bienestar “pleno” y “completo” (como lo hace la definición de la salud de la OMS) puede que se intente, según la teórica y feminista de Cleveland, en alejar del ideario social “los procesos de degeneración y de muerte” (Butler, [2009]2017, p.37)¹⁶³.

En otros términos, este concepto tiene relación directa con la *precariedad* (que ya hemos citado) y la *precarización*. La primera de ellas puede ser interpretada bajo dos tradiciones filosóficas: la primera de ellas se centra en su condición económica y social (Jornet Somoza, 2019, p.242). Responde a un nuevo “contrato” que expone a la población a la carencia y la incertidumbre; la misma que terminaría produciendo, “dos sensaciones igualmente humillantes: la ignorancia (no saber qué deparará el futuro) y la impotencia (ser incapaces de influir en su curso)” (Bauman y Donskins, [2013]2017, p.128). Con otras palabras, “un conjunto de condiciones materiales, y simbólicas que determinan una incertidumbre acerca del acceso sostenido a los recursos esenciales para el pleno desarrollo de la vida de un sujeto” (Precarias a la Deriva, 2004, p.28).

En cambio, la otra concepción interpreta la precariedad como un estado político-ontológico: el contexto donde habitamos y convivimos los sujetos vulnerables. Un marco o una situación que implica vivir socialmente y se conecta con la *interdependencia* que citaremos de manera posterior: la dependencia con el otro o la otra, tanto las conozcamos como no las conozcamos (Butler, [2009]2017, p.30).

La condición precaria designa la dimensión de vulnerabilidad de los cuerpos compartida existencialmente, de la que de nada sirve esconderse y que, por lo tanto, no puede ser objeto de protección, no solo porque tales cuerpos son mortales, sino precisamente porque son sociales. (Lorey, [2012]2016, p.27)

¹⁶² Como cita Madrid, los dos conceptos son similares pero responden a distintos propósitos. Su tesis consiste en señalar que el uso de concepciones como “personas vulnerables” o “colectivos vulnerables” han sustituido a la de “colectivos vulnerados” o “personas vulneradas” siendo naturalizado de este modo la *vulnerabilización* que, en parte, responde a las estructuras y lógicas de explotación. Analizando etimológicamente la raíz que comparten, *vulnus* (herida), la vulnerabilidad respondería a esa condición existencia de ser heridos que señalamos mientras que vulnerar se traduciría como la acción de herir. MADRID PÉREZ, A. (2018). III. Vulneración y vulnerabilidad: dos términos para pensar hoy la gestión socio-política del sufrimiento. En, SOLÉ BLANCH, J. y PIÉ BALAGUER, A., *Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad*, (pp. 55-72). Barcelona: Icaria. pp.56/58.

¹⁶³ En este sentido, cabe recordar que una de las primeras objeciones al término “derecho a la salud” ha sido este, la búsqueda de un objetivo irrealizable. Una crítica que sirve para justificar el uso de la “protección de la salud” que, como hemos comprobado, evade a la administración de unas firmes obligaciones. LEMA AÑÓN, C. (2012). *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: historia del derecho a la salud en el siglo XX*. Madrid: Dykinson. p.16.

Por otro lado, la *precarización*, la forman los comportamientos y normas de “encuadramiento social” generadas por la gestión del contrato que implica la precariedad (Jornet Somoza, 2017, p.158; 2019, p.246). En este sentido, más allá del habitual uso que se haga en relación con la precarización laboral¹⁶⁴, esta es “más que una cobertura social insuficiente dependiente del trabajo asalariado”. Como citaba Lorey ([2012]2016, p.17): “En tanto que incertidumbre y exposición al peligro, abarca la totalidad de la existencia, los cuerpos, los modos de subjetivación. Es amenaza y constricción [...] La precarización significa vivir con lo imprevisible, con la contingencia”.

Ante lo dicho, si partimos de estos tres conceptos para poner la vida en el centro o mirar con sostenibilidad a la vida, resulta necesario que subjetivemos esta situación y partamos de nuestras propias heridas e insignificancia. Un reconocimiento que va estrechamente vinculado con interiorizar nuestra propia *interdependencia*. Tal y como señala Gil (2018, p.46), “ser precario o vulnerable significa ser inacabado y depender de los Otros, no como un asunto meramente relacional que se da en el orden de la existencia, sino en un sentido previo, en tanto es la única manera de llegar a ser”.

Esto es, volvemos a una idea que mencionamos al final del Capítulo 5 (5.3.3. *Consecuencias e irresponsabilidades*): la *responsabilidad vicaria*, “el precio que pagamos por el hecho de que no vivimos nuestra vida encerrados en nosotros mismos” (Arendt, [2003]2007, p.159). Las situaciones de vulneración y precarización se dan en parte por nuestras acciones y omisiones que, reconociendo que existe una asimetría dependiendo de la situación de cada individuo (Young, 2005, p.692), efectivamente, también reflejan nuestra dependencia respecto a los otros y las otras.

La respuesta a la siguiente cuestión planteada por Butler ([2004]2006, p.53) es por ello negativa: ¿Hay algún modo de seguir luchando por la autonomía en distintas esferas, sin abandonar las demandas que nos impone el hecho de vivir en un mundo de seres por definición físicamente dependientes unos y unas de otros y otras, físicamente vulnerables al otro, a la otra?¹⁶⁵.

Como diría Barcellona, “la alteridad nos atraviesa” (1996, p.96). Una posición que trae consigo una ruptura considerable con el proyecto modernizador capitalista que a través de la razón instrumental homogeniza y deshumaniza neutralizando toda diferencia y estableciendo una identidad compartida¹⁶⁶. Según Barcellona (1996, p.95):

¹⁶⁴ Trabajado por Guy Standing en: STANDING, G. ([2012]2014). *El precariado: una nueva clase social*. Barcelona: Pasado & Presente.

¹⁶⁵ Una dependencia que como recuerda el ecofeminismo desde la década de los 70 se incluye la relación de cada individuo con la naturaleza: “Los seres humanos somos una especie de las muchas que habitan este planeta y, como todas ellas, obtenemos lo que precisamos para estar vivos de la naturaleza: alimento, agua, cobijo, energía, minerales... Por ello, decimos que somos seres radicalmente ecodependientes”. HERRERO, Y. (2013). Miradas ecofeministas para transitar a un mundo justo y sostenible. *Revista de Economía Crítica*, (16), 278-307. p.281.

¹⁶⁶ Posición compartida por Baratta que propuso corregir varios lenguajes o conceptos como el del “contrato” y sustituirlo por una *alianza*. Una unión de nuestro vivir en una “sociedad mestiza” y una “ciudadanía plural”, sin extranjeras, extranjeros, excluidos o excluidas que hicieran frente al sujeto blanco, propietario, varón y adulto y se propusiera como alternativa al proyecto de asimilación modernizadora, BARATTA ([1998]2000). El estado-mestizo y la ciudadanía plural: consideraciones sobre una teoría mundana de la alianza. En, SILVEIRA GORSKI, H.C. (Ed.), *Identidades comunitarias y democracia*, (pp.185-210). Madrid: Trotta. p.201.

Pensar al otro [...] implica no solo la ruptura de la lógica de la identificación de lo uno que se “convierte” en dos también pone radicalmente en cuestión los principios mismos de la metafísica (la imposibilidad de lecturas simultáneas distintas de la realidad y del mundo) y de las teorías políticas que han fundamentado en estos principios su potencia teológica implícita (baste pensar que la idea de la *reductio ad unum*, presupuesto del concepto moderno de estado, expresa una lógica de la identidad: de neutralización de las diferencias).

Así, haciendo nuestras las últimas palabras de uno de los trabajos de Todorov: “aunque todo individuo sea impotente ante la enormidad de los desafíos, no deja de ser cierto que la historia no obedece a leyes invisibles, que la Providencia no decide nuestro destino y que el futuro depende de las voluntades humanas” ([2012]2016, p.194).

6.3. Mirar y escuchar desde la sostenibilidad a la vida

6.3.1. Hacia un método para poner la vida en el centro

Recapitulando, en el segundo apartado de este capítulo hemos intentado ampliar las consecuencias de la *lógica del capital* a una visión más amplia del conflicto entre el capital y el trabajo: el conflicto capital-vida. El mismo conflicto que abarca todas las condiciones de nuestra vida y que ha adquirido en las últimas décadas una considerable preocupación por la satisfacción de las necesidades humanas, el bienestar y, en definitiva, la propia vida.

La economía feminista ha sido y es una de las principales exponentes en intentar y proponer caminos para poner la vida en el centro. Por este motivo, sobre sus ejes y el camino abierto por sus teóricas y activistas, justificaremos por qué hemos enfocado nuestra investigación (y principalmente el caso de estudio del Capítulo 3) en esta dirección. Una defensa que iniciaremos a continuación partiendo del ya citado reconocimiento de la vulnerabilidad y la interdependencia.

Con el objetivo de comprender mejor este punto de partida, es necesario incidir en que la *sostenibilidad humana y de la vida*, en su característica procesual, responde a “un proceso complejo, dinámico y multidimensional de satisfacción de necesidades en continua adaptación de las identidades individuales y las relaciones sociales”. Es decir, como indica Carrasco Bengoa (2014b, p.44), resulta ser un concepto que representa la relación entre lo social y lo económico.

Por lo tanto, las necesidades humanas, aparte de comprenderse en términos de bienes y servicios (que podrían responder a una dimensión objetiva, como las necesidades biológicas), también son relaciones y afectos (una dimensión subjetiva en la que se incluye el cuidado, la seguridad psicológica o la creación de relaciones) (Carrasco Bengoa, [2001]2003, p.6; Mogollón García y Legarreta Iza, 2015, p.4).

Si partimos de esta consideración, la movilización y las alternativas para hacer frente a la lógica dominante parten en un primer momento de una cuestión subjetiva, personal y única, siendo dos los primeros pasos a dar: el *reconocer* y el *denunciar*.

- 1) En primer sentido, resulta necesario que aceptemos nuestra condición (vulnerable, precaria, finita) y que el dominio de los intereses privados (accionados sobre todo por el poder económico) “atravesamos nuestras propias concepciones de la vida vivible” (Pérez Orozco, [2014]2017, p.209).

2) Una vez subjetivada nuestra condición (o reconocer que estamos siendo heridas o heridos por ciertos mecanismos estructurales), se da la denuncia. Ese grito que dice ¡No! y muestra su oposición y negatividad al daño, soñando, además, con que las cosas cambien (Holloway, [2002]2011, p.43); un acto que consiste en “conocer y nombrar las cosas” para romper con el discurso hegemónico que no representa la realidad (Pérez Orozco, [2014]2017, p.43).

El acto de reconocer la vulnerabilidad implica que subjetivemos nuestra propia condición, es decir, que dejemos de comprendernos como “objetos del sistema” para llegar a entender cuáles son las causas de aquello que nos obliga, amarra y daña. Por tanto, es necesario dar la vuelta a la concepción de los derechos humanos donde una gran mayoría de las personas que habitan en el mundo no es constituida como sujeto sino como *objeto* de los discursos que se forman sobre ellos (De Sousa Santos, [2013]2014, p.13).

Sin embargo, este paso inicial puede que no se llegue a realizar si no se intenta entender qué es lo que victimiza, no haya consciencia del daño que se padece o haya constancia, pero no se asigne una responsabilidad por entender ese daño como un accidente o porque no es relevante (teniendo gran repercusión el poder cultural en este aspecto). En estos casos, las personas afectadas no hablan y no tienen lenguaje ni siquiera para “gritar en silencio” porque no se reconocen vulnerables (Bárcena y Mélich, 2003, p.198).

Como ejemplo, el ensayista y poeta argentino Santiago Kovadloff (2003, p.27), para expresar esta situación de no reconocimiento emplearía el juego de palabras entre el *Único* y el *Intruso*. Entendiendo al *Intruso* como la enfermedad que rompe por completo el sentido del *Único*, la situación anterior a esta aparición. Solo se podrá sufrir cuando no se niegue al *Intruso*; solo se podrá aceptar ser “víctima” cuando se aprenda a convivir con las dos situaciones.

Por lo tanto, las razones de anclarse en esta etapa inicial podrían darse a causa de tres principales razones, tal y como aclararía la psicóloga y mediadora Sara Cobb: 1) porque no se nombran las heridas; 2) por no establecerse una subjetividad; y 3) por no construir los papeles de los actores involucrados (Cobb, 1997, pp-26-32). Es decir, es a través de la subjetivación cuando se comienza a dar nombre a aquello que ocurre, siendo en este aspecto el apoyo social fundamental para abrir esta situación de encierro que evoca el sufrimiento al silencio (Cobb, 1997, p.21).

En esta línea, partiendo de este primer paso, podríamos extrapolar el análisis a lo que ya vimos y definimos en el Capítulo 3. En este sentido, fueron dos las referencias principales que ayudaron a estructurar la dirección de la crónica: los pasos de *la constelación ensayística de la vulnerabilidad* definida por el filólogo y teórico cultural Jornet Somoza (2017) y el estudio socio-jurídico del surgimiento y la transformación de disputas descrita por Felstiner, Abel y Sarat (1980). A continuación, optaremos por profundizar en el primero, mientras que haremos alusión ocasionalmente al segundo.

Hasta ahora hemos reflejado cómo se produce la exclusión farmacéutica bajo la lógica del capital y cuál es uno de los caminos, el propuesto por la economía feminista, para poner las vidas y la satisfacción de necesidades en el centro. Precisamente en esta propuesta que se cimenta sobre mirar con sostenibilidad a la vida y partir de la

vulnerabilidad como motor de producción de alternativas políticas y movilización social es donde se encuentra la propuesta de Jornet Somoza. Una *constelación ensayística de la vulnerabilidad* que hace referencia a diferentes ensayos y obras literarias que representan las poéticas del sujeto precario y su condición tras el estallido financiero de 2008 (Jornet Somoza, 2017, p.167)¹⁶⁷.

La aplicación de este análisis a la realidad resulta ser muy acertada. Por este motivo lo aplicamos al caso de la hepatitis C en Galicia (recordamos que la exclusión farmacéutica tiene, previamente, una gran relación con las consecuencias del estallido financiero y la crisis que vino después con las medidas austericidas) y lo justificaremos a continuación paso a paso.

- 1) *Aceptar y nombrar*. Jornet Somoza, tras un análisis de diversos ensayos¹⁶⁸, llega a la conclusión que el punto de partida de la mayoría de estas “poéticas del sujeto precario y su condición” consiste en *la aceptación de la vulnerabilidad*¹⁶⁹. Es decir, considerar el cuerpo, la propia corporalidad, como significante mínimo de la existencia (Jornet Somoza, 2017, p.170).

Para fortalecer su posición, toma como referencia principal el ensayo *Mi cuerpo también* de Raquel Taranilla (2015), escrito cuatro años después de padecer un cáncer de médula y donde relata la experiencia como cuerpo sometido a dicha enfermedad y a los procesos clínicos, simbólicos y políticos que la rodearon. La finitud de la vida, su precariedad y su vulnerabilidad, de este modo, se ven aceptados cuando se señalan afirmaciones como la siguiente: “[...] durante los días que pasé en reanimación [...] fui solamente un volumen. Eso es lo irreductible que hay en mí: soy el espacio que ocupa mi cuerpo” (Taranilla, 2015, p.77).

Una posición que también intentamos representar a través de las historias de vida de las y los afectados de la PGAHC. Por ejemplo, la hepatitis C, en cuanto enfermedad silente, es doblemente cabrona “porque es una enfermedad mortal de evolución lenta al principio, pero de una evolución más rápida cuanto más progresa la enfermedad y que cuando da síntomas estás muy jodido” (Quique Costas Bastero, 11 de febrero de 2020).

Así, la condición de estar enfermo o enferma de este virus puede que no llegue a darse hasta que verdaderamente aparecen los síntomas de esta. Tal y como decía con cierta vis cómica la Cruz Roja: “los hígados no dolemos, vamos, que no damos la lata, así que si estamos mal no te enteras” (Cruz Roja, 2012).

¹⁶⁷ Una nueva figura intelectual que como alternativa a la voz del experto (que aspira a la autoridad), se postula como una figura del saber que se sitúa principalmente en el propio cuerpo, en las condiciones históricas y la propia experiencia. JORNET SOMOZA, A. (2017). Nuestro cuerpo también: pensar en precario en la España de la crisis. *Artes del ensayo. Revista internacional sobre el ensayo hispánico*, (1), 153-182. pp.163/179.

¹⁶⁸ Donde destacan, entre muchos: CAPARRÓS, M. (2015). *El Hambre*. Barcelona: Anagrama; EL HACHMI, N. (2004). *Jo també sóc catalana*. Barcelona: Labutxaca; PÉREZ ANDUJAR, J. (2014). *Milagro en Barcelona: emigrantes hoy, porque emigrante soy*. Barcelona: Editorial Ariel; DEL OLMO, C. (2013). *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Clave Intelectual, o; LÓPEZ PETIT, S. ([2014]2015). *Hijos de la noche*. Buenos Aires: Tinta Limón.

¹⁶⁹ Posición que concuerda con el primer paso o punto dado por Felstiner, Abel y Sarat. FELSTINER, W.L., ABEL, R.L. y SARAT, A. (1980). The Emergence and Transformation of Disputes: Naming, Blaming, Claiming. *Law Society Review*, 15(3), 631-654.

Era totalmente asintomático, es decir, podía hacer una vida normal y, visto lo visto, ya que no había mucha solución también, durante un tiempo decidí no hacerle más caso al ‘asunto’ [ríe]. A mí no me duele nada, a mí no me pasa nada, tengo algo que de momento no saben curar, pues, ¿para qué c*** me voy a preocupar yo de esto? (Quique Costas Bastero, 11 de febrero de 2020)

Una situación de “objeto” que tampoco puede que pase a subjetivarse hasta que se someta a tratamiento el cuerpo y, con los efectos secundarios de los primeros fármacos, se reconozca por primera vez que se está enfermo o enferma. Así, la aparición del Sovaldi fue un golpe de esperanza que prometió una efectividad superior del 90% de negativizar el virus y producir menos efectos secundarios invasivos que el interferón y otros medicamentos. El problema vino cuando ya muchas y muchos enfermos en estadios graves, que habían aceptado la finitud de su vida, se encontraron con barreras y denegaciones en su acceso.

Sí, eso era lo que decían las instrucciones del Ministerio de Sanidad pero en Galicia se pusieron restricciones más importantes [...] yo fui una cirrótica en alto riesgo de muerte, porque había tenido un infarto esplénico, porque había tenido varices esofágicas con sangrado digestivo y porque había tenido encefalitis hepática, es decir, ya lo que me quedaba era morirme, ya no me quedaba nada más. Yo sentía que tenía dentro de mí una bomba, reventaba, mi hígado no filtraba la sangre... creo que es fácil de entender: el hígado se endurece, no filtra, manda la sangre a sitios o a zonas que no están preparadas para soportar ese volumen de sangre y entonces los órganos internos revientan. (Xulia Alonso Díaz, 30 de enero de 2020)

Sí, no me salía la palabra... por uso compasivo, pero no te lo dan en la farmacia y tal... y yo iba cada vez peor, yo iba del hospital para el cementerio, mi familia... además, amarillo, más seco [...] Pues oye, hicieron una reclamación a la Xunta y no me contestaron ni de coña. Y estaba tan mal el hígado que me dijeron “pues tenemos que trasplantarte otra vez”. ¡Joder! ¡otra vez! ¡me c***** dios!... pero yo tengo hepatitis y no te la quitan, “te vamos a trasplantar y te va a afectar igual, pero si no te vas para el otro lado”.

Bueno, pues, otro trasplante... un trasplante bien, pero... estuve dos meses en cuidados intensivos. Me quitaron el hígado y después me tuvieron abierto dos días porque no podían operarme, entonces me dejaron abierto para no cortar... dos días en la UCI, bueno... dos meses estuve allí. (Eugenio Leira Álvarez, 27 de febrero de 2020)

En este sentido, siguiendo con el ejemplo de Taranilla, cuando reconoce que era “solamente un volumen”, dio el primer paso hacia el espacio donde la experiencia personal puede ser reivindicada. Taranilla demuestra que a través de esta consideración subjetiva hacia el cuerpo es posible crear o abrir un espacio que muestre un relato distinto al hegemónico y se pueda entender en este caso la enfermedad como una dimensión tan propia como la corporalidad. Los esquemas ideológicos y dominantes quedan relegados cuando hay voluntad de dar lugar mediante *la voz y la agencia* a la propia corporalidad, a aquello que uno o una siente y padece (Jornet Somoza, 2017, p.171).

En el caso gallego, y adelantando el salto al siguiente paso (*la voluntad de denunciar y construir un contrarrelato*), el interés por movilizarse de muchas frente a su exclusión del Sovaldi llevó a un pequeño grupo de afectadas y afectados a constituir en diciembre de 2014 la PGAHC. Este hecho, para personas como Concha fue determinante a la hora de aceptar que estaba enferma.

[...] llegué allí y me encontré a Quique, a Xulia, ya me encontré a todos. Y yo aquel día, así como fui llorando me vine riendo, ¿por qué? porque estábamos todos en lo mismo, a mí la asociación me dio la vida, porque [se emociona] me tienes que perdonar, pero es que.... Me dio la vida por una sencilla razón, yo iba muy insegura y vi que ellos estaban igual que yo, y entre todos vi la esperanza, vi que podíamos hacer algo, vi que si me moría no iba a estar sola, y vi que cada uno contaba lo suyo y que todos teníamos lo nuestro, pero que todos podíamos ir por un camino. (M.^a Concepción Barreiro González, 3 de marzo de 2020)

- 2) *Denuncia y contrarrelato*: como segundo paso, una vez existe este reconocimiento y esta voluntad, el “pensar precario” se caracteriza por no acogerse a una serie de jerarquías de saberes y problematizarlos para poder construir vías donde el relato pueda emerger. El objetivo de la voluntad de *denunciar* y *construir un contrarrelato* (que en el análisis de Jornet Somoza suponen el segundo y tercer paso) genera una nueva legitimidad epistemológica basada en las experiencias precarias.

Por ejemplo, Taranilla deja en evidencia que la “oficialidad discursiva del médico” y la exclusividad y legitimidad del relato de los expertos limitan que podamos mirar desde *la sostenibilidad a la vida*. Sin mostrarse contraria al saber médico, recuerda Jornet Somoza (2017, p.172; 2019, pp.490-491), es necesario favorecer un espacio para la experiencia subjetiva: “el enfermo rara vez es actor en sus relatos, porque el tratamiento médico, que impone su narrativa hegemónica, le asigna un rol pasivo, paciente” (Taranilla, 2015, p.66).

Obviamente nuestro análisis no se cimenta sobre escritos y ensayos, pero sí sobre historias de vida y narrativas precarias que son el eje de estos distintos escalones. Así, tras reconocerse como seres vulnerables y frágiles, por ejemplo, frente al virus que adquirieron, las y los afectados gritaron ¡No! y sabiendo que ahora sí que había una posibilidad de “curar” su padecimiento, optaron por la movilización y no la autoculpabilización a la que quería llevarles el discurso dominante.

De este modo, hasta la gente que vivió con la enfermedad en unos estadios más leves (no olvidamos que cada uno y una vive de una manera distinta su propia vulnerabilidad y le afecta de determinado modo más allá de la fase o la gravedad en la que se encuentre), tras conocer las vivencias del resto y sentirse identificadas, decidió apoyar la movilización.

[...] veía la gente muy hecha polvo, porque yo me miro al espejo y yo decía “yo me veo un poco mal”, pero lo que vi allí fue... o sea, como gente con cáncer, pero que no era cáncer: colores amarillos en aquella penumbra de aquel local...

Bueno, empiezo a escuchar historias y cada una era un drama. Y yo también tenía un drama que era que no quise tomar medicación y que estaba... no sabía qué iba a pasar ¿no? Entonces bueno, aquello fue muy emocionante, yo salí hecha “polvo”, tengo que reconocerlo [...] Entonces yo dije, bueno vale la pena abanderar a estos. (M.^a Isabel Paz Lamigueiro, 27 de febrero de 2020)

En estos términos, las y los enfermos no se sintieron, como ya señalamos anteriormente, culpables de “tener lo que se merecían” o estar en un estado grave por no tratarse con los medicamentos previos al Sovaldi, tal y como acusaba una exdirectiva de Gilead (Infosalus, 2015e). Cuando la PGAHC se constituyó, al igual que la PLAFHC, tenían claro que el Estado tenía parte de responsabilidad en la exclusión farmacéutica. De ahí que las diferentes estrategias y acciones se

centraran en concentraciones frente al Pleno de la Xunta en el caso gallego o los encierros en los hospitales en Madrid y otras CCAA. Unas acciones realizadas con un objetivo y una proclama compartida: ¡Medicamentos para tod@s!¹⁷⁰.

Frente a discursos como “hemos vivido por encima de nuestras posibilidades” o “es el momento de que paguemos por ello apretándonos el cinturón”, las y los afectados trajeron el debate entre el capital y la vida a primera línea. Sus cuerpos debilitados, amarillos y delgados representaban la vulnerabilidad y la vulneración, pese a las proclamas y gritos que pudieran hacer con gran esfuerzo, su propia presencia demostraba que algo se estaba haciendo mal. Por algún motivo, los nuevos medicamentos no estaban llegando a tiempo o se denegaban bajo criterios muy estrictos dados por una Subcomisión.

- 3) *Reclamación y reparación*: tras aceptar la propia condición, el agravio por determinado acto u omisión y una vez denunciada dicha situación y expresar un discurso contrario al dominante, se termina por generar, según Jornet Somoza (2017, p.174), un último paso que consiste en “situar la experiencia precaria como centro de aquello que ontológicamente compartimos”. Es decir, la *interdependencia* que anteriormente hacíamos mención. Una que primero se da entre todas las personas que comparten determinada situación y que, después, debería llegar al resto de personas con las que convivimos.

La producción de sentido desde abajo, desde la desposesión o el dolor, es la marca de la precariedad y también la posibilidad de empoderamiento de un sujeto que se sabe espejado en cada situación de vulnerabilidad ajena. Por eso, el relato precario es un pensar que se enuncia en nombre de un universalismo débil, fundado en la fragilidad compartida que abre el espacio de lo común, como contrapunto al universalismo fuerte de la racionalidad instrumentalista. (Jornet Somoza, 2017, p.175)

Sin embargo, sin llegar a este punto final y volviendo a retomar la óptica desde la sociología jurídica de Felstiner, Abel y Sarat (1980), puede que tras transformarse una experiencia perjudicial no percibida en una percibida (lo que llaman *el nombrar*) y ser conscientes del agravio que esa experiencia produce y atribuir estos efectos a otro individuo o entidad social (que llaman *el culpar*), se llegue a dar *el reclamar*, la expresión de responsabilidad y remedio que se dirige a esa persona o entidad que se considera culpable o responsable (Felstiner, Abel y Sarat, 1980, p.635).

En nuestro caso, aunque conocemos las diferencias entre culpabilidad y responsabilidad (5.3.3. *Consecuencias e irresponsabilidades de la falta de garantía del DAME*), junto a la demanda de los medicamentos o la eliminación de las Subcomisiones encargadas en aceptar/denegar las solicitudes de tratamiento (que recordemos que el Plan Estratégico finalmente las eliminó), los procesos judiciales que se intentaron iniciar o se iniciaron resultan ser esclarecedores.

¹⁷⁰ En estos términos, salvo contadas concentraciones como frente a la sede de Gilead en Madrid tras las palabras de su exdirectiva, hay que reconocer que la Industria Farmacéutica no fue el principal blanco de las plataformas. En este caso, el motivo no se debe a las que comparten otras asociaciones de enfermos y enfermas (por no decir muchas o la mayoría), dígase, que están financiadas por la propia industria y el poder económico. Se entendió, más bien, que era responsabilidad del estado proteger y garantizar las condiciones adecuadas de salud para la población. Por este motivo, fue el actor principal de sus denuncias y peticiones.

De esta forma, volviendo a llegar a las principales conclusiones como la poca capacidad de la judicialización para hacer frente a la injusticia de la no garantía del DAME, la debilidad del derecho a la salud y sus deberes o la falta de relación entre causa-efecto, resulta necesario poner énfasis que lo único, repetimos, lo único que pedían las y los afectados por la exclusión farmacéutica no era meter a alguien en la cárcel (el daño y la angustia ya se habían producido), sino un reconocimiento por parte de la administración de que las cosas no se hicieron bien y que por ello llegó a fallecer gente.

Nosotros desde siempre, desde la Plataforma siempre hemos dicho que para nosotros el objetivo final no es meter a nadie en la cárcel, meter en la cárcel no va a devolver la vida a nadie, ni va a resolver el dolor que padecían los familiares de las víctimas, eso es irremediable. Nuestro objetivo es que se abra Juicio oral para que se conozca socialmente la verdad de cómo se hicieron las cosas y de lo que aconteció realmente, más allá del reproche penal que puede haber. [...] Entonces, no se trata de una venganza, no se trata de meter a nadie en la cárcel, no se trata de sentirse “resarcidos”. Se trata de una reparación a través del conflicto de la verdad [...] (Quique Costas Bastero, 11 de febrero de 2020)

Una reclamación que va emparejada con el problema de la desinformación social que ocurre o la *banalización* de las degradaciones sociales que produce la lógica del capital. Como Olga añadía, el objetivo de las plataformas consistió en que la sociedad se informara de lo que les ocurrió y que en cualquier momento nos podía llegar a ocurrir también a nosotros y nosotras.

- 4) *Resistencia, emancipación y aprendizaje*: para finalizar, e hilando con esta “no venganza” que perseguían las personas afectadas, vimos conveniente añadir al análisis la idea de *resistencia* y *emancipación* aportada por Arias Marín (2012) en su deconstrucción de un concepto crítico de víctima.

Según el fallecido pensador mexicano, su propuesta respondía “suficientemente a los requerimientos y desafíos de la condición contemporánea” e iba más allá del significado jurídico restrictivo de víctima dictado, por ejemplo, por articulados jurídicos como el artículo 8 de la *Resolución 60/147 de 2005 de la AGNU*¹⁷¹ y su propia connotación sacrificial¹⁷².

¹⁷¹ “8. A los efectos del presente documento, se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización”. AGNU (16 de diciembre, 2005). *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/60/147.

¹⁷² Y es que como recordaba Rabinovich, el término “víctima” lejos de acotarse a términos jurídicos, puede ser interpretado etimológicamente como algo amarrado, obligado, endeudado o maniatado. Una situación que termina convirtiendo a las personas en “seres espectrales, virtualmente muertos”. RABINOVICH, S. (2003). La mirada de las víctimas. Responsabilidad y libertad. En, MARDONES, J.M. y MATE, R. (Eds.), *La ética ante las víctimas*, (pp.50-75). Barcelona: Anthropos. p.59.

En este sentido, lejos de ser una noción “codificada por la actividad criminal” y ser atribuida a un sujeto pasivo que se queja y pide reparación, el autor señalaba que la figura de la víctima no se agotaba en estos márgenes e implicaba también *un proyecto de resistencia y emancipación* (Arias Marín, 2012, p.7).

Por este motivo, las personas afectadas, que en ningún momento se llamaron “víctimas” (como ocurre con otras asociaciones), más allá de denunciar y reclamar, siguieron actuando antes y después de negativizar su virus en abril de 2015. Por ejemplo, frente al gran desconocimiento social y la ignorancia de muchas personas enfermas (efectivamente, porque es una enfermedad silente), las y los miembros organizaron charlas para informar a la ciudadanía sobre la hepatitis C y recogieron firmas donde aprovechaban la ocasión para dar a conocer su situación a otras personas.

Lo que de mejor manera responda a los intereses de resistencia y emancipación de estas personas sea, quizás, lo que sucedió después de que muchas y muchos negativizaran el virus después de abril de 2015: algunas personas siguieron en la plataforma por una “obligación moral” respecto a las personas que no estaban (el proceso judicial ya había iniciado) y otros sectores de la población que no habían accedido todavía al tratamiento como la población privada de libertad.

Una obligación o convicción moral que nos recuerda (y lo veremos en el apartado 6.3.3) a un *imperativo categórico negativo* que señala que el único camino de emancipación parte de reorientar la acción y el pensamiento en el sentido de que estas injusticias no vuelvan a ocurrir.

El *aprendizaje* fue el último tema que tratamos en las entrevistas que realizamos en el trabajo de campo. Con la sugerencia de una de las entrevistadas que nos invitó a añadir este tema en los relatos, la mayoría de las voluntarias y voluntarios que compartieron sus historias de vida coincidieron en que la movilización social es mejor que ir por libre; que la solidaridad garantiza el respeto por los derechos humanos; que la unión hace la fuerza y que las personas más ricas no van a luchar por una sanidad pública; o que las personas enfermas no son culpables de su situación y que escondiéndose no van a obtener los resultados que prevén.

Por repetir las últimas palabras con las que terminamos el Capítulo 3 y tomando las palabras de Elena, la PGAHC demostró que los problemas, daños o violencias sociales ocurren porque nosotros y nosotras, la ciudadanía, nos dejamos y no somos conscientes en muchas ocasiones de lo que ocurre. Las y los enfermos hicieron pública y mediática su situación y consiguieron visibilizar e informar su condición para conseguir el acceso a todas y todos.

Este caso, como muchos otros casos, con sus vivencias, sentimientos y emociones (algo muy poco común de representar en una tesis o investigación con esta o parecidas líneas de investigación), se demuestra que la vulnerabilidad resulta ser el punto de partida metodológico; que el daño es lo que enciende el movimiento que se dirige al cambio y la protesta puede llegar a alterar el discurso hegemónico dominante (Arias Marín, 2012, p.19).

6.3.2. La narrativa y las historias de vida

Ante todo lo señalado, para mirar desde *la sostenibilidad a la vida* y poder comprender qué hay detrás de un conflicto determinado, resulta necesario conocer el significado y el resultado que este tiene sobre las personas involucradas. Por ello, esta tarea tan solo pueden darla las propias personas, resulta imprescindible acudir a ellas (Felstiner, Abel y Sarat, 1980, p.639).

La economía feminista defiende que los relatos salgan a la luz y hablen “desde la vida” y “sobre la vida”; o como Pérez Orozco señala, se acerquen a un “terreno de comprensión y de encuentro que se sienta en la piel” ([2014]2017, p.23). Por eso, junto a la labor de definir y señalar cuáles son los ingredientes o las distintas causas que forman la receta de la exclusión farmacéutica (sobre todo los señalados en los Capítulos 4 y 5 y sintetizados en el apartado 6.1. *La receta de la exclusión farmacéutica*), es imprescindible conocer aparte del cómo, qué produce o qué impacto genera en la población que se ve afectada por ese problema (algo que realizamos en el Capítulo 3).

De esta manera, nuestra finalidad en esta investigación consistió en mostrar relatos contruidos “desde la vida y que hablen sobre la vida” y no en los relatos técnicos que intentan sacrificar lo que somos por algo superior (Pérez Orozco, [2014]2017, p.23). Una opción que intentamos poner en la práctica en la crónica del caso gallego para luego poder ir deteniéndonos en su posible etiología.

Como resultado, apostamos por una metodología cualitativa basada en las entrevistas y en las historias de vida. Una *narrativa* que en términos de White y Epston ([1990]1993) puede ser comprendida como una forma que posee el ser humano para dar sentido a cierta experiencia. Un acto vulnerable, un viaje a lo desconocido, lo misterioso y lo mágico que produce significado, aquello que encarna ser uno mismo o una misma (Valverde Gefaell, 2009, p.77).

La *medicina narrativa* es una de estas propuestas que puede vincularse con la temática de nuestro trabajo. Una propuesta que busca hacer frente al modelo lineal de la medicina donde predomina la relación médico-enfermedad y no la del paciente-su experiencia (Valverde Gefaell, 2006, p.77). Por ello, se incide en una relación clínica mediante el uso de la narrativa donde se dé espacio a las palabras, los silencios, las expresiones, los gestos y los hallazgos físicos (Valverde Gefaell, 2006, p.78; Tortolo, 2011). Un espacio donde se potencia la sensibilidad de la o el profesional y se fortalece la empatía, considerando que la enfermedad no es una cosa o un sistema (como la óptica positivista quiere recalcar), sino un proceso complejo en un tiempo y en una persona concreta (Mora, Florez y Rovetto, 2015, p.5).

Consideramos que cualquier investigación en ciencias sociales debería tener como eje este apartado si se propone poner la vida en el centro. Una opción que va más allá de los formalismos, la seriedad o la frialdad de unas letras y palabras mecanografiadas y pongan los vellos de punta y hagan que el lector o la lectora se pregunte lo siguiente: ¿cómo es posible que haya ocurrido u ocurra esto? ¿a qué se debe? ¿tengo yo alguna responsabilidad en esta injusticia estructural que desconocía o de la que he oído hablar poco?

Si tras leer el Capítulo 3 el interés por la exclusión farmacéutica y sus causas aumentó, no nos queda más que sentirnos un poco más satisfechas y satisfechos.

6.3.3. El lugar de la memoria

En esta línea, antes de llegar al apartado donde justificaremos por qué la exclusión farmacéutica merece ser un objeto de estudio para la criminología, el denso camino que hemos recorrido a lo largo de este capítulo nos obliga a detenernos en un elemento que consideramos que se encuentra en los propios cimientos del camino hacia el que queremos andar: la *memoria*.

Realizar un recorrido en torno al derecho a la salud, la concepción del medicamento, la evolución de los sistemas de salud o la aplicación de las patentes no ha tenido el único fin de justificar que la exclusión farmacéutica se da porque se recorta en gasto público social y las grandes corporaciones farmacéuticas, con su poder económico, tienen la libertad de establecer precios altos e incidir en las políticas públicas. Con todo este camino y junto a las experiencias en primera persona de algunas personas afectadas por esta injusticia estructural, estamos haciendo un ejercicio de memoria de aquello que se ha querido dejar atrás al margen del debate político-social.

Esta justificación parte de una visión especial de la memoria y su vínculo o sus diferencias con la historia. Efectivamente, acudiendo a una de las de Walter Benjamin en las tesis dadas en *Sobre el concepto de historia* ([1940]2021), en la n.º IX se realiza una interpretación sobre un cuadro del suizo-germano Paul Klee, el *Angelus novus*, el aspecto de un ángel de la historia que clava su mirada en la catástrofe y las ruinas que está dejando atrás. Su deseo sería detenerse, reconstruir lo destruido y vivificar a las y los muertos. Sin embargo, una gran tempestad la arrastra hacia el futuro generando que el ángel dé la espalda al pasado. Esa tempestad o huracán, es lo que Benjamin llamó el *progreso*, el progreso modernizador ([1940]2021, pp.71-72).

A colación, el camino hacia la plenitud y la felicidad perseguidas por la Ilustración y con ciertas semejanzas a la propuesta de Adorno y Horkheimer (que tuvieron conocimiento de estas tesis cuando escribieron *Dialéctica de la Ilustración*) y las consecuencias de la razón instrumental, es cuestionable en cuanto se construyen lejos de las ruinas dejadas atrás en las que se fija la mirada¹⁷³.

Ni la multiplicación del Estado social de Derecho, ni el avance de la democracia liberal, ni el prestigio del discurso sobre los derechos humanos, ni el crecimiento de la riqueza mundial por obra y gracia de la globalización económica, han conseguido mandar al desván de las pesadillas la contundente afirmación de la tesis VIII, a saber, que todos esos progresos se hacen sobre las espaldas de una parte de la humanidad. Y si no hay derecho para unos, aunque fueran pocos, que no lo son, la justicia de todo el derecho queda en entredicho. (Mate, 2006, p.12)

De este modo, tomando la interpretación de Reyes Mate, resulta necesario entender las tesis hechas por Benjamin sobre el progreso como una catástrofe de carácter infernal en cuanto el sufrimiento humano se ve frivolidado al considerarse esta un efecto colateral de esta tempestad que transcurre sin paradas (Mate, 2006, pp.157/165). Una posición

¹⁷³ “La historia de la humanidad se construyó sobre el olvido de las ruinas y cadáveres del pasado. Las primeras historias fueron historias nacionales y uno de sus principales objetivos era contribuir a formar identidades de los llamados pueblos. El resultado fue una historia exclusiva de vencedores: patricios romanos, reyes y nobles feudales, emperadores modernos, burgueses emprendedores. Y todos, del género masculino”. FLÓREZ MIGUEL, M. (2012). *Rememoración de las víctimas y cambios en el pensamiento social*. Montevideo: Libros en Red. p.19.

diferente a la de Marx que Mate trae a debate con una de las frases de los *Materiales preparatorios* de Benjamin (1972) para el texto *Sobre el concepto de historia*:

Marx dice que las revoluciones son las locomotoras de la historia universal. Pero quizá sean las cosas de otra manera. Quizá consistan las revoluciones en el gesto, ejecutado por la humanidad que viaja en ese tren, de tirar del freno de emergencia. (Benjamin, 1972, p.1232)

Esto es, criticando el progresismo, reinterpretó la revolución no como la aceleración que nos llevará al mejor de los mundos, sino a detener el avance de la tormenta (Mate, 2006, p.166). Al citar la tesis VIII¹⁷⁴, Mate argumenta que “nada favorece tanto el fascismo como que lo consideremos una anacronía y que el progreso se lo llevará por delante. Hacer eso es como querer apagar un fuego con gasolina” (Mate, 2006, p.144).

Así, en cuanto el *estado de excepción* es la regla, y este tenemos que entenderlo en términos *schmittianos* como “la suspensión total del orden jurídico vigente” (Schmitt, [1934]2009, p.17), tal y como lo viéramos en el primer apartado de este capítulo, nuestras vidas se encuentran y se sitúan a la merced de un determinado poder, un poder que en lugar de facilitarnos el ejercicio de libertad termina por producir sometimiento (Mate, 2006, p.148).

Por estos motivos, la solución o el camino perseguido por Benjamin se centra en la memoria. Pese a que la historia y la memoria se ocupan del pasado, tal y como recuerda Rivera Beiras (2011, p.42; 2016, p.30), la primera tan solo pretende mirar a lo sucedido, mientras que la segunda también presta atención a lo “derrotado, aniquilado, menospreciado, hundido, a lo que fue en definitiva, malogrado”.

En estos términos, se pretende mirar la historia desde el lado de las y los vencidos y realizar un ejercicio de reedificación con el fin de “provocar el advenimiento del verdadero estado de excepción” (Benjamin, [1940]2021, p.71). Es decir, desvelar que esta excepcionalidad es permanente y todavía persiste en la actualidad (Rivera Beiras, 2011, p.43; 2016, p.30).

En las voces a las que prestamos escucha, ¿no resuena un eco de las que han enmudecido? [...] Entonces a nosotros, como a todas las generaciones que nos han precedido, nos ha sido dada una *débil* fuerza mesiánica a la que el pasado tiene derecho. Ese derecho no puede despacharse a la ligera. El materialista histórico lo sabe. (Benjamin, [1940]2021, pp.66-67)

Como resultado, también resulta importante hacer lo mismo con la *memoria del presente*. Es aquí donde se situaría la labor realizada a lo largo de esta investigación. Las injusticias estructurales que ocurren, como cita Rivera Beiras (2011, p.52), no son “un acontecimiento circunstancial” sino que responden a aquella racionalidad

¹⁷⁴ “La tradición de los oprimidos nos enseña que el “estado de excepción” en el que vivimos es la regla. Debemos llegar a un concepto de historia que se corresponda con eso. Nuestra tarea histórica será entonces provocar el advenimiento del verdadero estado de excepción; con ello se mejorará nuestra posición en la lucha contra el fascismo. Su posibilidad de éxito radica en buena medida en el hecho de que sus adversarios se le oponen en nombre del progreso como ley histórica. El asombro porque las cosas que estamos viviendo sean “todavía” posibles en pleno siglo XX no es filosófico. No es el punto de partida de ningún conocimiento, como no sea el de que la concesión de la historia de la que procede ya no se sostiene. BENJAMIN, W. ([1940]2021). *Sobre el concepto de historia*. En, *Tesis sobre el concepto de historia y otros ensayos sobre historia y política*, (pp.65-81). Madrid: Alianza. p.71.

instrumental. Una “racionalidad constitutiva” que impide la satisfacción de nuestras necesidades humanas a favor de una “manera inhumana” (Marx y Engels, [1932]1974, p.517) o una “violencia estructural” (Galtung, 1969, p.174) que impone sobre el resto los intereses de unos pocos. Por este motivo, en palabras de Young:

Este proyecto sí necesita mirar atrás en un sentido. Para comprender de qué forma los procesos estructurales producen y reproducen la injusticia hay que tener en cuenta cómo han surgido y cómo han actuado en el pasado y hasta el presente. Contar con esta explicación retrospectiva también nos ayuda a quienes participamos en esos procesos a comprender el papel que desempeñamos en ellos. El propósito de las explicaciones de carácter retrospectivo, sin embargo, no es elogiar ni acusar, sino ayudarnos a ver las relaciones entre determinadas acciones, prácticas y políticas, por un lado, y las consecuencias estructurales, por otro. (Young, 2011, p.120)

Unas ideas a las que Rivera Beiras (2016, pp.30-31) añade: “La *memoria también del presente*, es imprescindible para que no vaya a olvidarse algún día lo que está sucediendo hoy en el marco de la (antes llamada) ‘excepcionalidad’ que ya se ha convertido en regla ordinaria para tantas categorías de personas”. Por ello, el proceso sobre cómo se produce la exclusión farmacéutica y qué impactos o daño genera en cierta población y cuál ha sido su respuesta frente a ella, son de ayuda para reflejar que “nada es nuevo”, lo que vivimos “es la regla” y que es necesario caminar hacia alternativas que planten cara y nieguen que estos hechos vuelvan a ocurrir

Un camino enfocado y direccionado a lo que se ha venido a llamar el “imperativo categórico negativo” de Adorno donde, recordando la frase con la que iniciamos esta investigación¹⁷⁵, marcó el camino que las ciencias debían de tomar después del Holocausto: “orientar el pensamiento y la acción de modo que Auschwitz no se repita, que no vuelva a ocurrir nada semejante” (Rivera Beiras, 2016, p.32). En palabras de Adorno ([1966]1984, p.365):

Hitler ha impuesto a los hombres un nuevo imperativo categórico para su actual estado de esclavitud: el de orientar su pensamiento y acción de modo que Auschwitz no se repita, que no vuelva a ocurrir nada semejante. Este imperativo es tan reacio a toda fundamentación como lo fue el carácter fáctico del imperativo kantiano. Tratarlo discursivamente sería un crimen: en él se hace tangible el factor adicional que comporta lo ético. Tangible, corpóreo, porque representa el aborrecimiento, hecho práctico, al inaguantable dolor físico a que están expuestos los individuos, a pesar de que la individualidad, como forma espiritual de reflexión, toca a su fin.

En consecuencia, recordando el imperativo categórico kantiano (“obra de tal modo que la máxima de tu acción pueda convertirse en una ley universal”) que ya mencionamos que Eichmman modificó (“compórtate de tal manera, que si el Führer te viera aprobara tus actos”), para Adorno este ya no tenía validez. Por ello, lo que ocurrió con el Holocausto no trae consigo que cerremos los ojos al sufrimiento, sino que los tengamos abiertos en todo momento porque estos resultados racionales podrían volver a ocurrir (Mate, 2005, p.19).

¹⁷⁵ “Hasta el árbol que florece miente en el instante en que se percibe su florecer sin la sombra del espanto; hasta la más inocente admiración por lo bello se convierte en excusa de la ignominia de la existencia, cosa diferente, y nada hay ya de belleza ni de consuelo salvo para la mirada que, dirigiéndose al horror, lo afronta y, en la conciencia no atenuada de la negatividad, afirma la posibilidad de lo mejor”. ADORNO, TH. W. ([1951]2017). *Mínima moralía. Reflexiones desde la vida dañada*. Madrid: Akal. pp.29-30.

6.4. Un espacio para la criminología

6.4.1. Antecedentes de hecho

En este último apartado responderemos a la última cuestión que tenemos pendiente: ¿qué tiene que ver la *exclusión farmacéutica* con la Criminología? Una duda que se responderá a través de otra serie de preguntas como las siguientes: ¿qué se entiende por Criminología? ¿cuál es su origen y sobre qué cimientos nació? ¿qué vínculo podría tener con el proyecto modernizador? ¿hacia donde debería dirigirse? ¿qué relación puede tener este giro con lo dicho por Adorno o Horkheimer? ¿sobre qué ejes debería partir una propuesta que responda a los problemas globales? O, a colación del contenido que hemos presentado, ¿qué importancia podría tener la visión de la economía feminista o el método descrito para poner la vida en el centro?

Por comenzar con los primeros tres interrogantes, es necesario señalar que la Criminología no debe ser confundida con la criminalística o los estereotipos formados por las series de televisión. Esto resulta ser un error muy común que puede diferenciarse interpretando que la Criminología se centra en el *porqué* de la cuestión criminal y no en el *cómo*. En otras palabras, la Criminología no se centra en conocer la entrada y salida de una bala o buscar huellas dactilares en la escena de una desaparición, sino en descubrir cuáles han sido los motivos o causas de dichos resultados.

Una visión etiológica que se ve representada en diferentes definiciones a las que añadimos las adelantadas en la Introducción. Así, la *Criminología es...*

[...] el cuerpo de conocimiento sobre el delito como fenómeno social que influye los procesos de elaboración de las leyes, de infracción de las leyes y de reacción a la infracción de las leyes. (Sutherland, 1924)

[...] la ciencia que se ocupa de estudiar al delincuente en todos sus aspectos. (Bernaldo de Quirós, 1957)

[...] ciencia empírica e interdisciplinaria que se ocupa de las circunstancias humanas y sociales relacionadas con el sufrimiento, la comisión y la evitación del delito, así como del tratamiento de los infractores. (Göppinger, 1975, p.1)

[...] el conjunto ordenado de conocimientos empíricos sobre el delito, el delincuente, el comportamiento antisocial y sobre los controles de este. (Kaiser, 1988, p.25)

[...] la ciencia que estudia la delincuencia y los sistemas penales utilizados para su control. (Hassemer y Muñoz Conde, 1989)¹⁷⁶

[...] la ciencia que estudia el comportamiento delictivo y la reacción social frente a ese comportamiento. (Redondo Illescas y Garrido Genovés, 2013)

[...] la ciencia multidisciplinaria que se ocupa del estudio del delito y del control social. (Tamarit Sumalla, 2014, p.15)

[...] la ciencia que tiene como objeto de estudio el delito, el delincuente, la víctima y el control social. (Serrano Tárraga, 2014, p.19)

[...] un campo interdisciplinario que combina aspectos de la teoría jurídica y las disciplinas jurídicas sustantivas con enfoques basados en la psicología, la sociología y la filosofía moral [y toma como objetos principales] la naturaleza y definición del delito, sus formas e incidencia, sus causas y la prevención del delito. (Law y Martin, 2014)

[...] una ciencia interdisciplinaria que recopila y analiza datos sobre el crimen y el comportamiento delictivo. (Walsh y Jorgensen, 2018, p.2)

¹⁷⁶ Estas primeras definiciones se encuentran recopiladas en: TAMARIT SUMALLA, J.M. (2014). *La criminología*. Barcelona: UOC. pp.16-17.

[...] una ciencia social que estudia la delincuencia, y las formas en que nuestra sociedad reacciona a ella, destacadamente mediante el sistema penal, el cual tiene la función de prevenir y castigar la delincuencia. (Larrauri, [2015]2018, p.9)

[...] una ciencia interdisciplinaria que recopila y analiza datos de varios aspectos del comportamiento criminal, delincuente y antisocial en general. (Walsh y Jorgensen, 2019, p.1)

Distintos conceptos que podrían sintetizarse en señalar que la Criminología es *una ciencia social o un conocimiento académico y profesional que mediante el método empírico aspira a conocer las causas, la prevención, los remedios y el tratamiento de sus objetos de estudio: el delito, el delincuente, la víctima y el control social* (Garrido, Stangeland y Redondo, 2006, p.48; Tieghi, 2004, p.49; López Vergara, 2006, p.20).

Una concepción que a nuestro modo de ver, no se aleja de los orígenes de esta disciplina o ciencia. Por este motivo, respondiendo a cuál es su origen y sobre qué cimientos nació, cabe recordar que existen dos maneras distintas de hacerlo: 1) como forma de conocimiento, es decir, como *logos* de la cuestión criminal; y 2) como conocimiento autónomo o disciplina *científica* (Bustos Ramírez, 1983b, p.27).

Una distinción que todavía sigue siendo objeto de debate por parte de la doctrina criminológica y posiciona a partidarios de la corriente más crítica en la primera opción (que la criminología nació en la Ilustración), mientras que las y los positivistas, la corriente hegemónica, sitúa su origen en el siglo XIX (que la Criminología nació cuando se comenzó a poner el foco en la individualización de las causas de la problemática de la criminalidad, se observaron los factores que lo determinaban y se intentó modificar al denominado delincuente a través de medicas) (Baratta, [1982]2004, p.21).

A continuación, profundizaremos en estos dos caminos, aunque basta añadir que dentro de la primera opción existe una opción anterior a la tesis de la Ilustración: la que sitúa el primer discurso criminológico en las relaciones de poder acaecidas en Europa en el siglo XIII. Misma época en la que aparecieron constructos como *capitalismo*, la noción de *monarquía* dentro del paradigma de soberanía o la *burocracia* como gobierno de los expertos (Anitua, [2005]2015, p.47). Comenzaremos el análisis por esta misma.

1) *La criminología como logos*

a) *La Inquisición y la demonología europea*: hay quienes sitúan que en la Edad Media se comenzó a hacer criminología sin ser todavía Criminología (Zaffaroni, 2011, p.67). Una época que se caracteriza por el control intelectual y el conocimiento por parte de la Iglesia, el lugar central de la religión en la población y el poder del soberano. Todo un contexto donde, específicamente, la cuestión criminal fue abordada con cierta especialidad en la Inquisición, una serie de instituciones de la Iglesia de Roma que sirvieron como herramienta de control social y fomentaron la persecución de cátaros, albigenses y otros grupos que renegaron la ortodoxia romana. Unos sectores a quienes se incluyeron después las brujas, adivinos o blasfemos (Tangir, 2006, p.6).

El principal argumento para apostar por esta persecución se fundamentó en hacer creer a la sociedad que la situación de pauperización y alineación en la que vivían era responsabilidad de la magia y no las decisiones y relaciones de poder entre Reyes, Príncipes y Papas (Tangir, 2006, p.11). Tal y como citara el antropólogo Marvin Harris:

¿Hizo agua vuestro techo, abortó vuestra vaca, se secó vuestra avena, se agrió vuestro vino, tuvisteis dolores de cabeza, falleció vuestro hijo? La culpa era de un vecino, de ese que rompió vuestra cerca, os debía dinero o deseaba vuestra tierra, de un vecino convertido en bruja. ¿La peste y el hambre destruyen una tercera parte de los habitantes de cada aldea o ciudad? La audacia de las diabólicas e infernales brujas no conocía límites. La Iglesia y el Estado montaron una denodada campaña contra los enemigos fantasmas del pueblo. [...] El significado práctico de la manía de las brujas consistió, así, en desplazar la responsabilidad de la crisis de la sociedad medieval tardía desde la Iglesia y el Estado hacia demonios imaginarios con forma humana. (Harris, [1975]1981, p.205)

Por todo ello, aquello que era definido como “crimen” no se regía en el daño que este pudiera generar, sino en la indisciplina o la desobediencia que suponía hacia el soberano (Anitua, [2005]2015, p.52). El soberano, y concretamente la Iglesia, controlaban qué acciones merecían castigo y cuáles no. Y es aquí donde aparece la figura de los demonólogos, los perseguidores de los demonios, los también nombrados como “primeros criminólogos”.

El ejemplo más representativo que da inicio al conocimiento sobre la cuestión criminal es el *Malleus Maleficarum*, una obra escrita entre 1485 y 1486 por los monjes dominicos Kramer y Sprenger (Anitua, [2005]2015, p.58). Un manual que tiene su relevancia porque contempla en ella un Código Criminal para hacer frente a la brujería, es decir, a las mujeres que renegaban el orden religioso¹⁷⁷. Y es que cabe señalar que este trabajo dio autoridad a jueces, magistrados y sacerdotes en su práctica inquisidora y legitimó 200 años de tortura, sufrimiento y muerte de miles de personas (Tangir, 2006, p.5).

Si analizamos su contenido, este constaba de tres apartados: en el primero, se aportaban los elementos comunes de la brujería (el demonio, el brujo y el permiso del Dios) y se enumeraban sus desencadenantes y características. De este modo, justificaban que estas merecían “los peores y más pesados castigos” y que “cualesquiera sean su penitencia y su vuelta a la fe, no deben ser únicamente condenadas a la cárcel de por vida, sino deben sufrir el castigo final” (Kramer y Sprenger, [1487]2006, pp.180-181).

En la segunda parte se describían los métodos por los cuales se llevaban los actos de brujería y cómo podían ser disueltas. Por ello, en una primera sección se trataban temas sobre cómo se trasladaban las brujas de un lado a otro, cómo se apareaban con los demonios, cómo entorpecían el poder de la procreación o cuáles eran los métodos que utilizaban para producir enfermedades. Mientras, la segunda sección enumeró los remedios para hacer frente a estas situaciones.

Para concluir, en la tercera parte se detallaban los pasos que había que seguir tanto en el procedimiento judicial eclesiástico como en el civil. Por ejemplo, se detallaba cómo se iniciaba el proceso, cuál era el número de jueces o qué tipo de exámenes había que realizar (Tangir, 2006, p.13).

¹⁷⁷ Sin embargo existen tratados anteriores destinados a jueces eclesiásticos y seculares, como el *Summa e Officio Inquisitionis* o el *Directorium Inquisitorum*. Aunque no superaban “cerrazón y crueldad” al *Malleus Maleficarum*. TANGIR, O. (2006). Estudio preliminar. En, KRAMER, H. y SPRENGER, J., *Malleus Maleficarum – El martillo de los brujos: El libro infame de la Inquisición*, (pp.5-41). Barcelona: Reditar. p.15.

Ante lo dicho, como discurso criminológico, esta obra integró el origen del mal (*criminología*), sus manifestaciones (*derecho penal*), cómo se investiga (*derecho procesal penal*) y los datos para descubrirlo (*criminalística*) (Zaffaroni, 2012a, p.45). Así, se consideró un instrumento de legitimación que sirvió para ejercer poder sobre aquellos y aquellas que no se adherían al orden establecido. Una vía que tuvo especial animadversión hacia las mujeres, consideradas estas, ya desde los sagrados textos, propensas a la sensualidad y el pecado¹⁷⁸.

- b) *La Ilustración y la Escuela Clásica*: por otro lado, existe una línea con más apoyo que sitúa la criminología, como *logos*, en plena Ilustración (Pavarini, [1980]2002, p.27; Baratta, [1982]2004, p.24; Bergalli, 1983b, p.31). Por este motivo, como discurso y sin poder hablar todavía de ciencia autónoma, las teorías del derecho penal de aquella época merecen una breve mención.

En el contexto del siglo XVIII y las consecuencias de la Primera Revolución Industrial y la Revolución francesa, los poderes tradicionales (la nobleza, la iglesia y el soberano) se vieron puestos en duda con el alzamiento de la burguesía y esta clase obtuvo “espacios de autonomía” para generar riqueza a través de la oportunidad industrial generada, mientras que las y los campesinos se volvieron en “fuerza de trabajo asalariado” (Pavarini, [1980]2002, pp.27-29).

El pensamiento de la época generó confianza en la mente humana, la idea del *progreso* se hacía patente y solo había lugar para la *razón*. De este modo, prevaleció la racionalidad frente al sistema teocéntrico, dando paso al antropocentrismo (Solón Rudá, 2019, p.258). A su vez, se comenzó a reconocer la existencia de un *Estado natural* donde las y los ciudadanos perdían su “libertad e igualdad natural” al firmar el contrato social a cambio de cierta “libertad civil y propiedad” (Rousseau, [1762]2016, pp.46-52).

Los principales exponentes en la materia fueron Bentham en Inglaterra, Feuerbach en Alemania y especialmente, Beccaria y la Escuela Clásica del Derecho Penal en Italia (Bustos Ramírez, 1983b, pp.27-28). Figuras que contribuyeron a interpretar “la cuestión criminal” como la violación del pacto social firmado y respondía a la libre voluntad de aquella persona que lo cometía, la cual era considerada desde entonces como traidora (Baratta, [1982]2004, pp.23/31; Bustos Ramírez, 1983b, pp.27-28; Anitua, [2005]2015, p.146).

En cuanto a la pena, esta se definió como defensa social frente al crimen (Baratta, [1982]2004, p.23). Una concepción donde destaca el papel de Cesare de Beccaria que, a los 26 años, publicó *Dei Delitti e Delle Pena* (1764), una obra que frente a las concepciones teleológicas, inspiró a partir de entonces al

¹⁷⁸ La bruja, sin embargo, no era otra cosa que una mujer que intentaba romper el rústico corsé que las normas sociales le habían impuesto. Encarnaba en cierto sentido un espíritu de revuelta y subversión contra lo establecido tanto por el Estado como por la religión. Cuando esto se hizo más evidente, el hombre, como representante del poder, que veía en peligro su dominio y amenazador sus privilegios, la llamó bruja, no solo para que apareciese como delegada o aliada de Lucifer, sino para dejarla fuera de una sociedad que no aceptaba desde ningún punto de vista ampliar su base de sustentación con otros protagonistas, ni mucho menos abrir un campo de discusión sobre sus decisiones. TANGIR, O. (2006). *op. cit.* p.25.

fin de la tortura y la pena de muerte tanto en Italia como en el resto de los países occidentales (Solón Rudá, 2019, p.281).

2) La criminología como ciencia

c) El Positivismo y la Criminología en mayúsculas

Como tercera y última posición que habla sobre los orígenes de la disciplina, entradas y entrados en el siglo XIX aparece el positivismo, una corriente filosófica con claras influencias iluministas (como el utilitarismo, racionalismo y cientificismo) que centró la cuestión criminal, no en la sociedad, sino en el comportamiento singular y desviado (Bustos Ramírez, 1983b, p.31). Además la metodología por la que se apostó consistió en cuantificar el comportamiento con objetividad científica estableciendo que la acción humana poseía una naturaleza predefinida (Taylor, Walton y Young, [1973]2001, p.29).

La Criminología (ahora sí, con mayúsculas) adquiere cientificidad en un momento donde la ciencia y la ideología se dividen, siendo la primera, referente del orden social y la segunda, del desorden. Así, se da un gran salto a favor de la corriente etiológica y el interés por conocer cuáles eran las causas y factores de la criminalidad.

Cierto cientificismo de la cuestión criminal que podríamos decir que le otorgó a la disciplina el carácter autonómico de la que carecía (Pavarini, [1980]2002, pp.43-45). De este modo, la cuestión criminal pasó de ser un ente jurídico a ser un objeto científico analizable por la medición (cuantificación), la objetividad (neutralidad) y la causalidad (determinismo) (Taylor, Walton y Young, [1973]2001, p.41; Bergalli, 1983b, p.32).

Los referentes en esta línea fueron Tarde y la Escuela sociológica francesa o la Escuela de Marburgo de Von Liszt en Alemania, aunque destacan (como en el caso del Iluminismo), los representantes italianos de la *Scuola positiva*: Ferri, Garofalo y Lombroso. Este último, por poner un ejemplo (acuñado como “el padre de la Criminología”), publicó en 1876 *L'uomo delinquente*, una obra que introdujo la concepción del determinismo biológico en la concepción de la ya citada cuestión criminal (Bustos Ramírez, 1983b, p.31; Baratta, [1982]2004, pp.31-32).

Según Lombroso (1876), el crimen era un ente jurídico, pero no de “totalidad natural y social”, no había libre albedrío y la meta consistió en examinar sus causas y sus factores (Baratta, [1982]2004, pp.31-32). Dicho de otra manera, el delito era interpretado como una respuesta patológica formada por características biológicas y psicológicas producidas fuera de la voluntad de aquella persona. El llamado “delincuente” no era un individuo “normal”.

En cuanto a la pena, la cárcel adquirió poder y cumplió con el positivismo “su mayoría de edad” (Rivera Beiras, 2005a, p.23). En esta línea, la respuesta del sistema penal pasó de una “naturaleza retributiva de la pena” basada en la proporcionalidad delito-pena a ser impuesta por la proporcionalidad de la peligrosidad personal (Anitua, [2005]2015, p.217; Pavarini, [1980]2002, pp.44-45).

Por lo dicho, el cometido de la Criminología bajo la concepción positivista...

[...] tiene como función específica, cognoscitiva y práctica, individualizar las causas de esta diversidad, los factores que determinan el comportamiento criminal, para combatirlo con una serie de medidas que tienden, sobre todo, a modificar el delincuente. (Baratta, [1982]2004, pp.21-22)

Estas dos posiciones que hemos citado sobre el origen (o como *logos* o como *ciencia*) de la criminología parecen no contradecirse entre sí, aunque a las y los defensores del positivismo les cueste aceptar el vínculo que tiene el estudio de la cuestión criminal con la teología y el misticismo. De este modo, retomando las definiciones recientemente presentadas, no se cuestiona en ellas que la Criminología tenga un carácter científico, su atención se centre en un individuo (el delincuente), sus conductas “antisociales” se definan como delito (aquello determinado por el derecho penal) y tenga como meta responder a las causas (al *porqué*) de dichas acciones u omisiones.

Por ello, enfatizamos en que la posición dominante es la positivista en cuanto la formación académica se centra en presentarnos de este modo la disciplina. Por poner un ejemplo que abordaremos de manera ulterior, Briggs (2017, pp.15-16) tras analizar la figura del “experto” promovida por la Academia y las Universidades, llegó entre otras conclusiones a que la mayoría de las ponencias de cursos y conferencias criminológicas eran de índole positivista (y por lo tanto, solo se centraban en conductas individuales y no en acciones u omisiones de los Mercados y los Estados). Unos hechos que, a su vez, concuerdan con la formación marcada en los mismos estudios de Grado donde se defiende mirar hacia un lado (hacia el convencional) e ignorar otro (el estructural).

Unas afirmaciones que para nada se desprenden de las características como *logos* de la cuestión criminal. Por ejemplo, para Zaffaroni las acciones y comportamientos de la Edad Media frente a cualquier colectivo que desequilibraba el orden establecido también se están dando en la actualidad. Según el argentino, los discursos de persecución, represión y violencia reaparecen “cada vez que el poder punitivo quiere liberarse de todo límite y desembocar en una masacre” (Zaffaroni, 2012a, p.37).

En este sentido, el estado de derecho de la modernidad capitalista como protectora y generadora de violencia, promueve que cualquier individuo u entidad puede causar injusticias. Unas acciones que dentro del discurso de “la cuestión criminal” tan solo abarcan aquellas acciones tipificadas por el CP. La Criminología, en la mayoría de las ocasiones tan solo se centra en el estudio de estas últimas ignorando por completo los daños globales generados por los Mercados y los Estados y que el derecho, con su poder jurídico, permite y facilita que ocurran.

6.4.2. *Una criminología crítica global*

No obstante, frente a este orden científicista y etiológico, existen distintas teorías o corrientes criminológicas que han intentado romper su campo epistemológico. Es decir, el estudio de las teorías del conocimiento o la filosofía de la ciencia (Solón Rudá, 2019, p.43) o el estudio del conocimiento científico que describe cómo ocurren ciertos fenómenos, cuál es el método de estudio o su carácter (Kunz y Cardinaux, 2005, p.17). A continuación, realizaremos un breve recorrido que nos llevará a que limitemos la posición criminológica tomada en esta investigación.

Por comenzar por el primero de ellos¹⁷⁹, este podríamos situarlo en la primera parte del siglo XX con la corriente del *interaccionismo simbólico* que puede definirse como una de las dos perspectivas de las teorías de reacción social (la otra fue la etnometodología de Schutz) cuyo origen es asignado a George Herbert Mead (Baratta, [1982]2004, p.85; Bergalli, 1983a, p.149). El núcleo de este movimiento toma las ideas del citado psicólogo, las cuales se sitúan antes de la Primera Guerra Mundial y no serían publicadas hasta 1934, a título póstumo (Mead, [1934]1982).

La teoría de este movimiento se centra en el *significado* y no en los hechos. El significado, la persona y el proceso de comunicación se vuelven protagonistas y “por primera vez se plantea una posición reflexiva y se cuestiona con ello la neutralidad del conocimiento”. Así, se considera al sujeto como “ser reflexivo”, donde lo importante no son los objetos dados sino el proceso del Yo y del Mi: “todo acto social comienza en un Yo, que implica entonces la iniciativa, el aspecto creador, y termina en un Mi” (Bustos Ramírez, 1983b, pp.40-42).

Bajo las influencias de estas tesis, como generación posterior destacaron Berger, Luckman o Goffman (Bustos Ramírez, 1983b, p.39). Por un lado, a partir de la idea fuerza del *significado*, se dio importancia al “construccionismo social” acuñado por Berger y Luckman en *The Social Construction of Reality* en 1966. Según ellos, el “proceso de conocimiento” que hacemos terminaría formando una realidad, una realidad llena de definiciones y significados que están en las manos de las interacciones sociales. Por ello, frente a las preguntas de las y los criminólogos tradicionales como “¿quién es criminal? o ¿cómo se llega a ser desviado?”, las y los interaccionistas se preguntaron: “¿quién es definido como desviado? o ¿qué efecto acarrea esta definición para el individuo?” (Baratta, [1982]2004, p.87).

Por ejemplo, la influencia en la Criminología se puede ver a partir del enfoque del etiquetamiento (conocido como *labelling approach*) de los años 50 y 60 y gracias a trabajos como los de Becker, Lemert o Schur. Pero lo interesante en este breve análisis es que se da “un nuevo paradigma criminológico”: el paso del paradigma etiológico al paradigma de reacción social (Baratta, [1982]2004, p.83; Bustos Ramírez, 1983b, pp.42-43). Dicho de otra manera, del estudio de las causas del delito se intentó trasladar la disciplina al estudio de los “mecanismos sociales” que definen qué es considerado delictivo y qué no o quién es delincuente y quién no.

De esta forma, el delito es definido como subjetivo y artificial, como definición que implica un juicio. Mientras que el delincuente es aquella persona rotulada por la clase dominante, que en muchas ocasiones responden a la división de clases, esto es, a las clases inferiores (Chambliss, [1975]1977, pp.215-216). Así, se rompió la “relación causal entre factores criminógenos y comportamiento criminal” y el único interés se posicionó

¹⁷⁹ Recomendamos para el análisis de cada teoría o corriente (incluidas las que hemos omitido como el funcionalismo o la Escuela de Chicago) manuales como: PAVARINI, M. ([1980]2002). *Control y dominación: teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico*. Buenos Aires: Siglo XXI; BARATTA, A. ([1982]2004). *Criminología crítica y crítica del derecho penal*. Buenos Aires: Siglo XXI; ANITUA, G.I. ([2005]2015). *Historias de los pensamientos criminológicos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Didot.

Y más específicamente sobre las rupturas epistemológicas: SANDE, F.J. (2018). Recorrido sobre las rupturas epistemológicas en la cuestión criminal y escenario(s) presente(s). *Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*, (48), 677-694.

entre aquel que tiene poder de definir y aquel que sufre de tal definición (Pavarini, [1980]2002, p.127).

En cuanto a la problemática del castigo, Goffman ([1959]1997; [1961]1984) trabajó temas como las instituciones sociales, la desestructuración de la personalidad o el estigma. Por mencionar alguna de sus tesis, resulta preciso nombrar la “representación teatral”, una figura que mostró que las y los internos de las prisiones actuaban conforme a las expectativas que se tenían sobre ellos (Martínez, 2004, p.202; Rivera Beiras, 2005a, p.86).

Por otro lado, en esta primera ruptura las *influencias marxianas* también resultaron ser determinantes. Frente a la expulsión del campesinado y el sometimiento del proletariado por el patrón, esta visión se centró en “las clases sociales, la relación entre estructura y superestructura y el paso de la sociedad capitalista y explotadora a una sociedad liberadora” (Bustos Ramírez, 1983b, p.43).

Al respecto, esta posición radicalmente opuesta a no investigar el funcionamiento del sistema capitalista burgués (algo que hasta ahora todos los movimientos hacían), no fue trasladada a la criminología hasta finales de los años 30. Por eso mencionamos que estas teorías son “marxianas”, ya que ni Marx ni Engels se dedicaron al estudio en profundidad de la cuestión criminal (Pavarini, [1980]2002, pp.148-149; Prado, 2004, p.113; Rivera Beiras, 2005a, p.51). Bajo esta interpretación, una de las contribuciones reseñables fue de Rusche y Kirchheimer en 1939, titulado *Punishment and Social Structure*, mereciendo mención la posterior *Carcere e fabbrica. Alle origini del sistema penitenziario (XVI-XIX secolo)* de Melossi y Pavarini en 1977.

Según las teorías marxianas, el delito no era resultado de la libre voluntad, sino que era resultado de las condiciones de opresión bajo las que sufría el delincuente, un delincuente que terminaba estimulando “las fuerzas productivas del mundo capitalista”, generando con las infracciones “legislación en materia penal, jueces, policías, guardianes, jurados, profesores, etc.” (Prado, 2004, p.114).

Tras lo dicho, si volvemos a recordar la posición de los teóricos de la primera generación de la Escuela de Frankfurt, el positivismo o la “Criminología tradicional” puede vincularse con los mismos propósitos iluministas que terminarían en convertirse en *razón instrumental*. Esta afirmación quedó representada, por ejemplo, antes de las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial cuando, en 1937, Max Horkheimer diferenció entre dos tipos de proyectos científico-culturales: la teoría tradicional y la teoría crítica (Tabla 20).

Así, las características de la *teoría tradicional* (como los datos, la contrastación, la neutralidad, los intereses, la burguesía, el orden, lo científico o la objetividad) representan los cimientos de la razón que con el positivismo también incorporó al empirismo. Frente a ello, Horkheimer propuso como solución una *teoría crítica* (caracterizada por la praxis, el elemento subversivo, la subjetividad, la crítica al orden burgués o la trascendencia), un paso destinado a cambiar los postulados bajo los que se estableció el *orden occidental*.

Con claras influencias con esta teoría y el espacio abierto por la primera ruptura, se dio la oportunidad a abrir una nueva criminología fuera del dominio positivista: la *criminología crítica*. Una nueva corriente que tiene relación con los movimientos sociales

de los 70 y el contexto de la segunda posguerra donde, tras la crisis del Estado de Bienestar, tanto en Reino Unido (Thatcher, 1979) como en EE. UU. (Reagan, 1981) gobiernos muy conservadores se alzaron en el poder (Pavarini, [1980]2002, p.81).

En este contexto y bajo la denominada Guerra Fría que todavía dividía a la sociedad, las y los silenciados comenzaron a protestar por los "militantes negros internados en las cárceles de máxima seguridad", "[la] represión policial de las revueltas en los guetos metropolitanos" o "los modos en que se ejercita el dominio masculino sobre el femenino" (Pavarini, [1980]2002, pp.156-157).

Tabla 20. Principales diferencias entre la Teoría Tradicional y la Teoría Crítica según Horkheimer

	TEORÍA TRADICIONAL	TEORÍA CRÍTICA
Sujeto/ Objeto	La teoría es una actividad pura del pensamiento y la o el teórico un espectador desinteresado que se limita a describir el mundo tal y como es.	Se encuentran preformados socialmente. Ni el objeto se encuentra 'ahí', ni el sujeto es un simple notario de la realidad.
Teoría	Conjunto de proposiciones acerca de un ámbito de objetos conectadas entre sí de tal modo que a partir de algunas de ellas se pueden deducir las restantes. Su validez real se da cuando las proposiciones deducidas concuerdan con acontecimientos efectivos.	Se desarrolla por consideraciones que afectan tanto al científico o científica como a los individuos cognoscentes en general. Existe una necesaria dependencia de la sociedad y hay un nexo entre teoría (cualquier forma de saber) y praxis (política).
Carácter	"Neutro", a favor de la producción dominante.	Elemento subversivo, proceso revolucionario.
Posición	A favor de la sociología y el orden burgués.	Niega el orden burgués y se encarga de sacar a la luz las contradicciones básicas de la sociedad capitalista.
Ciencias sociales	Las ciencias del hombre y de la sociedad se esfuerzan por imitar el modelo de las exitosas ciencias naturales. Toman la totalidad de la naturaleza humana y extrahumana como dada y se interesan por la construcción de las relaciones del hombre con la naturaleza, y de los hombres entre sí.	La totalidad de la naturaleza humana y extrahumana como dada, se relativiza. Ésta concibe la división del trabajo dada y las diferencias de clase, como una función que al surgir de la actividad humana, puede también someterse a la decisión planificada y a la elección racional de fines.
Objetivos	La o el experto en una disciplina considera la realidad social y sus productos "en tanto que" científico como algo externo, y "en tanto que" ciudadano defiende sus intereses en dicha realidad social por medio de artículos políticos, la afiliación a partidos o a organizaciones benéficas.	El pensamiento crítico está motivado por el intento de trascender de esta tensión, de superar la oposición entre la conciencia de los fines, la espontaneidad y racionalidad de las que el individuo se hace cargo y las relaciones del proceso de trabajo que son el sustrato de la sociedad.
La teórica o el teórico	La teórica o el teórico de clase dominante tal vez al cabo de trabajosos comienzos tenga alguna posición relativamente segura. Es pasivo, objetivo y neutro.	La teórica o el teórico crítico equivale al enemigo y traidor y otras veces al utopista ajeno al mundo. Se encuentra atravesado por las contradicciones sociales del objeto que estudia.

Fuente: elaboración propia basada en HORKHEIMER, M. ([1937]2016). *Teoría Tradicional y Teoría Crítica*. Barcelona: Paidós; MUÑOZ, J. (2016). Introducción. En, HORKHEIMER, M., *Teoría Tradicional y Teoría Crítica*, (pp.7-22). Barcelona: Paidós; CASTRO GÓMEZ, S. (1999). Teoría tradicional y teoría crítica. Ponencia presentada en el Simposio Internacional: Reestructuración de las Ciencias Sociales en los Países Andinos. Bogotá; y, ENGUITA, J.E.E. (2014). Teoría Crítica (1930-1950): de la filosofía social a la interpretación genealógica de la modernidad. *Revista de Humanidades*, (29), 41-69.

Dicho lo cual, como describe Melossi, el origen de esta nueva ruptura tiene dos matrices: por un lado, una de tipo intelectual influenciada por las teorías ya señaladas; y, por el otro, una de índole sociopolítica (1984, p.512). Respecto a esta última, destacó en EE. UU. el movimiento *New Left*. Las revueltas estudiantiles en las universidades y los movimientos culturales que hicieron frente al sistema dominante. Mientras que en Europa, en Inglaterra o Italia, el movimiento se originó en las clases trabajadoras (Melossi, 1984, p.512; Pavarini, [1980]2002, p.156; Anitua, [2005]2015, pp.456-457).

Dos de los referentes intelectuales respecto al movimiento norteamericano fueron Wright Mills (1960) y Marcuse (1969; [1972]1973; 1976; [1967]1986) donde se mostraron a favor de las y los estudiantes y profesionales que planteaban un nuevo marco frente al “empirismo burocrático y administrativo”, “ciencia al servicio de la guerra”, “vacía retórica conservadora”, “metafísica irracionalista y racialista”, “análisis funcionalistas del sistema” o “realismos anti-utópicos” (Fraga, 2018, p.182). En el mismo contexto resulta destacable lo que ocurrió en la Universidad de California en Berkeley, donde cerraron en 1975 la Escuela de Criminología porque “era un lugar muy incómodo para la homogeneidad de la política académica” (Melossi, 1984, p.517).

Por lo tanto, se podría señalar, que la génesis de la también conocida “criminología radical” se sitúa en la oposición al control, una disciplina que racionalizaba, legitimaba y organizaba el proyecto de los Estados. Así, aparte de criticar los excesos de las prácticas disciplinarias (como la brutalidad policial, el encarcelamiento o los tratamientos mentales abusivos) o impulsar un modelo de ciudadanía social, se cuestionó el poder para regular, castigar y disciplinar (De Giorgi, 2014, p.26).

Como principales representantes de esta posición destacaron Taylor, Walton y Young en Reino Unido (gracias al trabajo *The New Criminology: For a Social Theory of Deviance* de 1973); los mencionados Melossi y Pavarini en Italia; Baratta entre Italia y Alemania y Hulsman en Holanda. Aunque cabe mencionar también que en América Latina hubo presencia de esta corriente gracias a pensadores y pensadoras como Juan Bustos Ramírez, Roberto Bergalli o Rosa del Olmo y Lolita Aniyar de Castro¹⁸⁰.

En definitiva, si la criminología interaccionista supuso un cambio gracias a la importancia de las formas de control, la criminología crítica implicó su derrumbe (Baratta, [1982]2004, p.165). La superación del paradigma etiológico supuso que el delito o la criminalidad ahora no se interpretara por ciertas conductas ni ciertas personas, sino que: por un lado, se desplazaba “del enfoque teórico del autor a las condiciones objetivas, estructurales y funcionales”; y, por el otro, “del interés cognoscitivo desde las causas de la desviación criminal hasta los mecanismos sociales e institucionales mediante los cuales se elabora la ‘realidad social’ de la desviación” (Baratta, [1982]2004, p.166).

¹⁸⁰ Influenciados, eso sí, por académicos como Quinney o Chambliss. Por ejemplo, según el primero, las y los etiquetados como delincuentes eran “rebeldes inconscientes contra el capitalismo” y la pena era el medio represivo que tenían las clases hegemónicas para hacer frente a estos ataques. Así, se inauguró “una suerte de visión romántica de los delincuentes”. ZAFFARONI, E.R. (2012a). *La cuestión criminal*. Buenos Aires: Planeta. p.164.

Al respecto, como precursor de esta visión, Zaffaroni y Croxatto atribuyen este lugar al jesuita Spee, que en 1631 publicó *Cautio criminalis*, una obra que criticó el *Malleus Maleficarum* y la caza de brujas sin entrar en la cuestión teórica de si existían brujas o poderes divinos, pero centrando la atención en el funcionamiento del sistema penal represivo de aquella época. ZAFFARONI, E.R. y CROXATTO, G.L. (2017). Friedrich Spee: de la caza de brujas al moderno derecho penal. *Revista Pensar en Derecho*, (11), 61-104.

En este sentido, saltando de lo micro a lo macro, esta segunda ruptura tuvo como objetivo la “construcción de una teoría materialista, es decir económico política” (Baratta, [1982]2004, p.165). De esta manera, la criminología cambiaría de foco y empezaría a preocuparse seriamente por los delitos económicos, las prisiones o las estadísticas criminales (Pavarini, [1980]2002, pp.164-165)¹⁸¹.

Desde Latinoamérica, las conclusiones del Primer Congreso Mundial de Criminología Crítica (Medellín, 1984) siguieron esta línea: el derecho penal encubre el conflicto social; la criminología crítica es la única perspectiva de transformación del derecho penal y se asume como función de una *sociología del control penal*; los procesos de criminalización son formas de control social; o se recomienda la elaboración de un nuevo contrato social (Novoa Monreal, 1985, p.29).

Por todo lo dicho, la denominada criminología crítica fue justamente la corriente que comenzó a poner en duda la disciplina, más allá, como señala Ceretti, de las propias dudas que generaban que hubiera diversas criminologías e historias sin un referente común ([1992]2008, p.114). Las diferentes teorías de corte modernista e iluminista fueron agrietadas (sin ser rotas por completo) cuando “la criminología salió finalmente de las cloacas” (Ruggiero, 2005, p.19). Es decir, cuando empezaron a hacer “anticriminología” y se interesaron por los crímenes de los controladores de discurso: *los poderosos*.

Sin embargo, al afirmar que la Criminología positivista o *actuarial y administrativa*¹⁸² es la dominante, estamos reconociendo que los fines de las distintas rupturas no llegaron a buen puerto. Por ejemplo, por los duros vetos y las dificultades para encontrar un lugar de reflexión crítica y de divulgación (que todavía siguen patentes), se señaló que la criminología crítica entró en crisis a finales del siglo XX. Al respecto, el rumbo político-económico-social favoreció que esto ocurriera. Según Van Swaaningen (2002, pp.275-276), entre los diferentes motivos de esta supuesta crisis podrían mencionarse:

- 1) la preponderancia a fórmulas ideológicas que se fundamentaban poco en análisis empíricos;
- 2) la negación de los problemas sociales reales;
- 3) la incorporación en el sistema penal de temas ignorados a los que hacía hincapié la perspectiva crítica como el fraude, el delito ambiental o el abuso de relaciones de poder; o

¹⁸¹ Cabe mencionar que la no homogeneidad de este movimiento o esta forma de entender la criminología trajo consigo una multitud de opiniones e interpretaciones, las cuales se vieron reflejadas en principalmente en tres corrientes: el *abolitionismo penal* de los Países Bajos y Escandinavos (Hulsman, Christie y Mathiesen), el cuál proponía la abolición de las prisiones y de todo el sistema penal; el *realismo de izquierda* de Reino Unido (Taylor, Walton y Young), construido por idearios del reformismo y del idealismo de izquierdas; y el *garantismo penal* de Italia (Baratta y Ferrajoli), el cual no pone el foco en “el derecho conseguido sino el derecho por alcanzar”, poniendo especial énfasis a las políticas a favor de los derechos humanos. RIVERA BEIRAS, I. (2005b). Cap. IV. Principios orientadores del constitucionalismo social. En, RIVERA BEIRAS, I. (coord.), *Política criminal y Sistema penal; viejas y nuevas racionalidades punitivas*, (pp.157-218), Barcelona: Anthropos. pp.196-218.

¹⁸² Dícese de la corriente centrada en regular los “límites tolerables” de la cuestión criminal y no su erradicación. En este sentido, “el objetivo de la justicia actuarial es el manejo de grupos poblacionales clasificados e identificados previamente como peligrosos y riesgosos”. RIVERA BEIRAS, I. (2015). Actuarialismo penitenciario. Su recepción en España. *Revista Crítica Penal y Poder*, (9), 102-144. p.106.

4) un viraje cultural que supuso un cambio social donde pensar ya en un futuro mejor era ya casi imposible.

Tras lo dicho, se interpretó la disciplina desde una forma *amplia* como problema político y/o una definición de vida social que se realizaba en determinada organización social. Una de las tres maneras de entender la criminología que se diferenció, según Bustos Ramírez (1983a, p.22), del sentido *limitado* (el enfrentamiento entre individuo y sociedad) y del sentido *estricto* (que comprendía la cuestión criminal como puro problema individual). De este modo, la criminología crítica defendió una concepción *dinámica* mientras que tendencias positivistas todavía se centran en el plano *estático*.

Así, tras los movimientos de los 70 y las consecuencias del neoliberalismo y la globalización, han ido apareciendo nuevos problemas e injusticias en las que se vio necesario apostar por una tercera y última ruptura epistemológica de la disciplina. Unas nuevas injusticias, daños o violencias globales que fueron el resultado de los objetivos de maximización de beneficios y la acumulación por parte de las empresas transnacionales en los años posteriores a 2003 donde se defendió y se fortaleció el libre comercio y la deslocalización (Tombs y Whyte, [2015]2016, pp.35/151).

Por todo ello, llegando a la actualidad y recordando las diversas injusticias estructurales (como la explotación textil o la exclusión farmacéutica) que hacen difícil demostrar la relación causa-efecto, los actores que están involucrados detrás son diversos y las operaciones y acciones que se realizan pertenecen a la propia estructura del sistema capitalista, quedaron varias preguntas en el aire: ¿debía de desaparecer la Criminología? ¿qué aportaba y qué no aportaba? O lo que es más interesante: ¿resultaba necesario volver a reformular su contenido epistemológico?

Si la respuesta a la última cuestión es afirmativa, vemos conveniente traer a primer plano la propuesta dada por Rivera Beiras (2016), una nueva criminología crítica centrada en problemas globales: la *criminología crítica global*. Toda una propuesta que incorpora las tesis de Benjamin sobre la memoria y la historia como el imperativo categórico negativo dado por Adorno. Así, una de las tareas propuestas se centra en tomar como punto epistemológico la memoria.

De esta manera, trayendo las tesis de Wayne Morrison ([2006]2012) en *Criminology, Civilisation and the New World Order*, la Criminología se puso a juicio y se la llamó “a rendir cuentas” porque a lo largo de este proceso histórico poco se había preocupado por las “atrocidades masivas” y la “violencia masiva” y tampoco había reflexionado “frente a los daños sociales que generaron las políticas de colonización, las guerras de agresión y los totalitarismos” (Bernal *et al.*, 2014, pp.35-36).

Según su tesis, el mundo contaba con un “espacio civilizado” y otro “incivilizado”, de los cuales la Criminología servía al primero. Dicho lo cual, Morrison, en la línea del apartado de la memoria anteriormente trabajado, abrió un espacio reflexionando sobre el carácter selectivo y discriminatorio de la disciplina: “la criminología se ha confinado a un papel de apoyo al espacio civilizado, una imaginación territorial que excluye de la vista lo incivilizado, lo otro, utilizando estrategias que son imperialmente efectivas, aunque localmente ‘limpias’” (Morrison, [2006]2012, p.2).

Un olvido que junto al ya señalado Holocausto, se sumarían otros crímenes masivos representativos de “un siglo literalmente inundado por sangre humana y apestando con el hedor de los cadáveres” (Morrison, [2006]2012, p.54). Por ejemplo, comenzando por

finales del siglo XIX nos encontramos con las ocho millones de personas exterminadas en el Congo por la colonización belga en 1884, después, el millón y medio de armenias y armenios asesinados entre 1915-1922, las y los dos o tres millones en Bangladesh en 1971, las y los dos millones en Camboya entre 1975-1979, las 8.000 víctimas en El Salvador o las 200.000 en Guatemala en la década de los 80 o los sucesos en los 90 en Irak con las y los kurdos, las y los musulmanes en Bosnia y las y los tutsis en Ruanda (Ferrajoli, [2012]2013, p.2; Zaffaroni y Dias Dos Santos, 2019, p.42).

Los motivos de este “descuido” pueden ser diversos (Tabla 21), en cambio, nos posicionamos en las tesis del espacio civilizado y el incivilizado descrito por Morrison. Así, el estudio criminológico se entiende como “producto de un sector del planeta”, ese sector construido “sobre la base de la violencia y el genocidio” como diría Zaffaroni (2012b, p.XI). Es por ello, qué tras el 11-S de 2001, momento en que los incivilizados atacan a los civilizados, las y los criminólogos (en su mayoría) hayan puesto el foco en estigmatizar a unos sectores y no otros, recuperando así “los viejos racismos” y vías persecutorias del medievo (Zaffaroni, 2012b, p. XVI).

En suma, la propuesta de la criminología crítica global también considera el eje de la teoría de las necesidades y la denuncia hecha por Baratta ([1998]2000, p.197) en torno a los cimientos de la estructura moderna. De esta manera, introduciendo las tesis sobre la *violencia estructural* de Galtung, quisiéramos añadir un último elemento al que no hemos hecho aún una referencia explícita: el daño social (conocido como *social harm*). Una propuesta transgresora que va más allá de la concepción penal del delito y se centra en términos más amplios (Rivera Beiras, 2016, p.35).

Tabla 21. Ocho razones sobre por qué se produjo el “descuido” de la Criminología

1	Centrarse en el delito ordinario en perjuicio de la criminología masiva y del grave daño social.
2	La dependencia a las definiciones de los legisladores sobre qué comportamiento es un hecho delictivo.
3	La imposibilidad metodológica de estudiar crímenes de los agentes del Estado o los crímenes de sistema.
4	(Ligada a la anterior) Que la investigación de las causas de los genocidios y las graves violaciones de los derechos humanos es muy compleja y difícil.
5	La consolidación de un modelo de derecho penal basado en la ideología de la defensa social que materializaba en el ámbito del control de la desviación y de la criminalidad el discurso del “bien y el mal”.
6	(Ligada a la anterior) Para poder existir en medio de un mundo bombardeado por la violencia y la atrocidad, las personas ordinarias que observan el mal absoluto deben cerrar los ojos e ignorar lo que está sucediendo.
7	(Con cierto carácter etnocéntrico e imperialista) Pensar que los crímenes graves cometidos contra varias miles de personas alrededor del mundo ocurrieron a miles de kilómetros de distancia de los centros de pensamiento e investigación y de su cultura, razón por la cual solo podían suscitar un mínimo interés en la comunidad científica.
8	Que la gran mayoría de los crímenes internacionales fueron cometidos por los Estados poderosos.

Fuente: BERNAL SARMIENTO, C.E. ET AL. (2012). Estudio preliminar. En, MORRISON, W., *Criminología, civilización y nuevo orden social*, (pp. XXV-LIV). Barcelona: Anthropos. pp. XXXIII-XXXVII; BERNAL SARMIENTO, C.E. ET AL. (2014). Más allá de a criminología. Un debate epistemológico sobre el daño social, los crímenes internacionales y los delitos de los mercados. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Delitos de los Estados, de los Mercados y daño social. Debates en Criminología crítica y Sociología jurídico-penal*, (pp.35-80). Barcelona: Anthropos. pp. 48-54.

De este modo, con claras influencias de la criminología crítica o los inicios de un vuelco epistemológico con el trabajo de Sutherland (1949) y el delito de cuello blanco, esta no tan nueva perspectiva¹⁸³ se interesó por el estudio de aquellos daños que no son jurídicamente considerados como “crímenes” pero que son perjudiciales para el “bienestar de las personas desde la cuna hasta la tumba” (Hillyard *et al.*, 2004, p.11; Hillyard y Tombs, 2013, p.184)¹⁸⁴.

Esta es una propuesta que, tal y como señala la obra referente de esta corriente (*Beyond Criminology: Taking Harm Seriously*, 2004), va más allá de la corriente crítica y decide abandonar la disciplina. La principal diferencia consiste, por lo tanto, en que se rompen los límites con la criminología crítica, ya que, recordemos, el rol de esta última no salió de una *sociología del control penal* o una crítica a las instituciones penales y su ejercicio de poder y control.

A partir de la creación de una nueva disciplina dedicada al estudio de los daños (la *Zemiology*), se dejó en evidencia la noción de “crimen” y la subordinación al sistema penal. Así entre las diferentes apelaciones que se hacen desde una perspectiva a otra, algunos de los argumentos a favor de esta propuesta son: que el daño puede ser trazado y comparado en el tiempo (el crimen no se traza temporalmente y espacialmente); que es un enfoque más amplio y colectivo (el crimen es individualizador y penal); que trae consigo mayor consideración de respuestas políticas; que se interesa por los crímenes masivos; que tiene el objetivo de desarrollar explicaciones sociales; y que supone una crítica contra el riesgo y el actuarialismo (Hillyard y Tombs, 2013, pp.186-190).

En cambio, ante esta perspectiva las críticas han sido varias. La principal de ellas es la que considera el “daño” un término amplio, abierto y abarcador o, incluso, una *todología* (Zaffaroni, 2011, p.289). Sus divulgadores y divulgadoras lo reconocen, pero argumentan que el daño social tiene el potencial de tener un grado mayor de realidad ontológica que el delito (Hillyard *et al.*, [2005]2008, p.65). Además, añaden que esta amplitud supone la posición más adecuada ya que “produce el conocimiento con más probabilidades de mejorar la justicia social” (Hillyard *et al.*, 2004, p.3)¹⁸⁵.

Para poder fundamentar más aún la controversia en cuanto al término de “daño”, diversos autores proponen la deconstrucción de la perspectiva en cinco diferentes dimensiones:

¹⁸³ Tal y como recordaba Montemayor Delgado en su reciente defensa de la tesis doctoral, Bergalli ya señaló en 1983 su preocupación sobre la “daño(sidad) social” y su vínculo con la organización económica. Un tema al que hacía referencia también a otro escrito de Pavarini. BERGALLI, R. (1983b). Criminología del “White-Collar crime”: forma-estado y proceso de concentración económica. *Estudios Penales y Criminológicos*, VII(7), 28-69. pp.61-62; PAVARINI, M. (1975). Ricerca in tema di criminalità económica. La questione criminale. *Rivista di ricerca e dibattito su devianza e controllo sociale*, 3, 537-545.

¹⁸⁴ Definida posteriormente (y vinculadas a las teorías de las necesidades) como “determinados eventos que comprometen de forma demostrable la sostenibilidad de la vida [*human flourishing*]”. PEMBERTON, S.A. (2015). *Harmful societies: Understanding social harm*. Bristol: Bristol University Press. p.19.

¹⁸⁵ Esta inclinación hacia la justicia social en cambio no convence a autores como Garside, que considera que apelar a la justicia social hace desplazar el problema, considerando el daño social, también como un “concepto necesariamente impugnado o controvertido”. GARSIDE, R. (2013). Abordar el daño social: ¿mejor regulación o transformación social? *Revista Crítica Penal y Poder*, (5), 225-246. p.228.

- 1) *los daños físicos* (muerte prematura; accidentes de trabajo, lesiones por explosiones de toxinas, efectos de procedimientos médicos, brutalidad del estado, falta de alimento o vivienda, violencia doméstica, abuso infantil, ataques racistas, “accidentes” de tráfico, exposición a contaminantes del medio ambiente, enfermedades y dolencias, la tortura y la brutalidad por parte de funcionarios...);
- 2) *los daños financieros/económicos* (los fraudes, las ventas engañosas de pensiones e hipotecas, aumento de bienes y servicios, pactos de fijación de precios, redistribución de la riqueza, los efectos de la pobreza, la apropiación indebida de fondos por parte del gobierno o las empresas e individuos privados...);
- 3) *los daños emocionales y psicológicos* (el uso desproporcionado de las prácticas policiales de detención...);
- 4) *la seguridad cultural* (los daños relacionados con la autonomía, desarrollo, crecimiento y acceso a los recursos culturales, intelectuales y recursos de información); y
- 5) *el daño sexual* (Hillyard *et al.*, 2004; Garside, 2013, pp.227-228; Hillyard y Tombs, [2005]2008; 2013, pp.184-185).

Esta lista indeterminable parece fomentar la crítica que se hace a la perspectiva. No obstante, Pemberton ofrece una solución: identificar los daños sociales con estas. Es decir, basándose en una explicación de la esencia humana, dirigir los objetivos del daño social a la mejora del bienestar humano y las necesidades (Pemberton, [2005]2008, pp.75-76; Pantazis y Pemberton, 2009, p.216).

En esta última propuesta se inclina la disciplina hacia las *políticas sociales*, algo que genera dudas ya que estas tienen relación con los Estados, suponen su intervención. De manera que lo que propone es a corto plazo reorientar el “Estado fuerte” a un “Estado social” que se preocupe verdaderamente de las necesidades humanas (Pemberton, [2005]2008, pp.76-77). Por ello, las necesidades humanas básicas tienen un papel fundamental (siguiendo la misma lógica de Galtung).

Para Pemberton (2007, pp.36- 47), por lo tanto, lo *harm* lo articulan aquellos daños que afectan a la satisfacción plena de la condición y el bienestar humano; por otro lado, lo *social* lo conforma el contexto donde suceden los daños que, según los padres de la perspectiva, es el neoliberalismo o el proyecto modernizador capitalista que venimos presentando desde hace ya varias páginas.

Por sintetizar y responder finalmente a por qué la *exclusión farmacéutica* debe ser un objeto de estudio de la Criminología, o mejor dicho, de esta criminología crítica global que estamos defendiendo, resulta necesario preguntarnos en un ejercicio de la memoria del presente:

¿Qué tiene que decir la criminología frente a las catástrofes terribles del hambre, la sed, las enfermedades, la devastación ambiental causados por el actual anarco-capitalismo y el mercado financiero sin reglas? Hoy, más de 800 millones de personas sufren de hambre y de sed y 2 mil millones no tienen acceso a los medicamentos esenciales que salvan vidas, con el resultado de que cada año mueren cerca de 8 millones de personas -24.000 por día- la mayoría de ellos niños, por la falta de agua y alimentos básicos, y más de 10 millones por la falta de medicamentos que salvan vidas, víctimas más del mercado que de la enfermedad, debido a que los medicamentos están patentados o no son producidos por falta de demanda, relativa a enfermedades infecciosas -infecciones respiratorias, tuberculosis, SIDA, malaria y similares erradicadas y/o desaparecidas en los países occidentales. (Ferrajoli, [2012]2013, p.2)

Por recuperar la *lectio* de Ferrajoli de 2019, estos hechos al no ser un crimen en sentido penal y responder a resultados de complejas actividades y diversos actores, traen consigo que nadie se haga responsable del daño que generan. Son actos que no entran en el principio de legalidad pero que tampoco son hechos naturales, sino violaciones jurídicas. Por ello, la Criminología, en cuanto instrumento de los intereses del estado-nación, resulta inútil en cuanto a que estas consecuencias son globales.

Mientras la política y el derecho –la democracia representativa y el Estado de derecho– están todavía ancorados en los confines de los Estados nación, los grandes poderes económicos y financieros son hoy poderes globales que se ejercitan fuera de los controles políticos y sin límites y los vínculos establecidos por el derecho, el cual es todavía un derecho básicamente estatal. Así es como ha saltado –o cuanto menos se ha debilitado– el nexo democracia/pueblo y poderes de decisión/regulación jurídica que están en la base tanto de la democracia como del Estado de derecho. En ausencia de una esfera pública que esté a la altura, los poderes económicos y financieros se han desarrollado como poderes sin límites, sin reglas y salvajes, en grado de imponer sus propias reglas y sus intereses a la política. (Ferrajoli, [2012]2013, p.8)

Por lo tanto, preguntándose si es admisible una criminología que ignore dichas acciones, Ferrajoli invitó a la refundación de dos categorías: la noción de crimen (que abordaremos próximamente) y la cuestión epistemológica que estamos tratando. Respecto a esta última, su propuesta se centra en una vía más abarcadora de lo establecido por el sistema penal: los *crímenes de sistema*.

Estos crímenes responden no a los crímenes de los poderosos o los Estados y menos a los delitos tipificados en los códigos penales, sino a violaciones masivas que se caracterizan por tener un carácter indeterminado e indeterminable de la acción y el evento y por ser intersubjetivos ya que, tanto sus autores como las personas o colectivos que se ven afectadas y afectados, son pueblos enteros o es la propia humanidad entera (Ferrajoli, [2012]2013, pp.5- 7).

De esta manera, reconociendo también la debilidad actual de los *crímenes de estado*¹⁸⁶, podrían enumerarse en esta nueva tipología de daños ejemplos como los daños medioambientales (Natali, 2014), el extractivismo y sus consecuencias en los territorios (Solíz Torres, Yépez Fuentes y Sacher Freslon, 2018), la exportación de armas y sus consecuencias (Rivera Beiras, 2014), las muertes en el Mediterráneo de las y los refugiados (Cabezas Chamorro, 2014), los desahucios y suicidios a causa de las políticas posteriores al estallido financiero (Bernat, 2014; Forero Cuéllar, 2014), la

¹⁸⁶ Según Ferrajoli, los crímenes recogidos como delitos en el artículo 5 del *Estatuto de la Corte Penal Internacional* de 1998 (el genocidio, los crímenes de lesa humanidad, el exterminio, los crímenes de guerra, etc.) responden al “derecho débil” que mencionábamos en el apartado del poder jurídico. Una debilidad ya que no está ratificada por países como EE. UU., Israel, Rusia, China, la Corte tiene pocas competencias o existen límites procesales establecidos para su funcionamiento por su propio Estatuto. FERRAJOLI, L. ([2012]2013). Criminología, crímenes globales y derecho penal: el debate epistemológico en la criminología contemporánea. *Revista Crítica Penal y Poder*, (4), 1-11. pp.5-6.

Zaffaroni, al respecto, vincula las citadas técnicas de neutralización (nota de pie n.º152) con los citados crímenes de Estado que, a su modo de ver, reflejaban de mejor manera este comportamiento. Una situación que recientemente también fue expuesta por Forero y las denuncias de tortura y violencia institucional. ZAFFARONI, E.R. (2013). El crimen de Estado como objeto de la criminología. *Libro Derechos Humanos. Reflexiones desde el Sur*; FORERO, A. (2019). Estados de negación, corporativismo y criminalización de la denuncia contra la violencia institucional. *Revista Crítica Penal y Poder*, (17), 10-16.

precariedad laboral y sus condiciones (Montemayor Delgado, 2021) o los problemas de acceso a medicamentos esenciales descritos en esta investigación.

Una lista extensa donde podrían incluirse también la inseguridad laboral, las violencias machistas o la policial que, uniendo todo su impacto y las personas a las que afectan (incluso con el término de sus vidas), ha llevado a posicionar a juristas como Zaffaroni o Dias Dos Santos (2019, p.55) que nos encontramos ante un *genocidio por goteo* que debería de preocuparnos como investigadoras e investigadores, pero también como seres humanos interdependientes y ecodependientes.

En conclusión, el deterioro de la salud y el monopolio sobre los precios de los medicamentos puede llegar a ser objeto de estudio de una criminología crítica actualizada que incluye en ella perspectivas como la injusticia estructural, la violencia estructural o los daños sociales. Recientemente, por ejemplo, a colación de la pandemia de la COVID-19 se ha llegado a hablar de una *criminología de la salud crítica*, un nuevo apellido o nombre que se suma a una larga lista de criminologías que no dejan de ser nada más y nada menos que una criminología crítica.

Por ello, podría decir que la pandemia ha intensificado la preocupación y reflexión (antes casi inexistente en la disciplina criminológica) sobre el papel de los Estados en la materia, las problemáticas del acceso a las vacunas, la importancia de los determinantes sociales, el deterioro del sistema sanitario o la sostenibilidad de nuestras vidas.

Por ejemplo, Friedrichs y Vegh Weis (2021) han propuesto este nuevo marco (el de la *criminología de la salud crítica*) que invita a reflexionar sobre las consecuencias de la pandemia y las diferencias acontecidas, por ejemplo, en EE. UU. donde, un artículo del *Washington Post* (Butler, 2020) llegó a afirmar que “en medio del caos” las mismas enfermeras llegaron a tratar a las y los pacientes con COVID-19 y de manera posterior a administrar quimioterapia a las y los pacientes con cáncer (Friedrichs y Vegh Weis, 2021, p.126).

Aunque profundizaremos sobre la pandemia en el Capítulo 7, el artículo deja en evidencia cuáles son los verdaderos intereses de la Criminología en relación con la temática de la salud. Por ejemplo, en el trabajo de Vaughn *et al.* (2020) se presentan intentos de conectar la salud, la delincuencia y el sistema de justicia penal con la finalidad de relacionar el impacto de la salud con los delitos convencionales y sus “delincuentes”, con el procesamiento de la justicia penal y con el encarcelamiento.

Sin embargo, la crítica resulta evidente. El enfoque se basa en relacionar las y los “delincuentes convencionales” con la situación sanitaria y su salud, ignorando que detrás de muchos daños y problemas sociales se encuentra la gran Industria y los más poderosos (Friedrichs y Vegh Weis, 2021, p.131).

Como ejemplos contrarios el autor y la autora del artículo citan el trabajo previo de Griffin y Miller en 2010 donde abordaron la catástrofe del OxyContin de Purdue Pharma (un nombre comercial del analgésico opioide de la oxicodona que causó casos de adicción y abuso por parte de muchas y muchos usuarios a finales de la década de los 90) en EE. UU. y evaluaron si podrían estar hablando de un crimen estatal-corporativo; siendo más reciente la investigación de Michalowski y Brown (2020) en torno a las consecuencias “venenosas” del retroceso regulatorio sobre la salud pública en la era de Trump.

6.4.3. Una propuesta personal y arriesgada

Por dar por concluido este capítulo, haremos como nuestros distintos posicionamientos que quizás en un futuro podamos abordar con mayor detenimiento. Con este cometido, queremos reflejar esta propuesta personal haciendo referencia a una obra maestra del director y cómico japonés Hiroshi Matsumoto: *Scabbard Samurai* (2010). Una cinta en la que se nos presenta a un samurái desenvainado, Kanjuro Nomi, que tras la muerte de su mujer a causa de una epidemia, abandonó su puesto y lleva huido de un juicio por cobardía más de dos años junto a su hija Tae.

En el planteamiento inicial de la película, diferentes cazarrecompensas intentan capturar a Kanjuro sin éxito. Unos intentos y ataques a los que cabe añadir que nuestro protagonista no les hace frente, no lucha. Rompe, de este modo, con los estereotipos históricos de su figura y es curado constantemente por su hija de las diversas heridas producidas por dichos ataques. Sin embargo, en una próxima escena es capturado y lo llevan frente al Señor del clan.

Frente a él, nuestro samurái es sentenciado a cumplir “la hazaña de los 30 días”. Una gesta que con 30 oportunidades, una por día, consistía en hacer sonreír al Príncipe, hijo del Señor del clan que perdió la sonrisa tras el fallecimiento de su madre. En caso de no cumplir con este cometido, su condena consistiría en hacerse el haraquiri.

Sin ánimos de profundizar más o detallar en las distintas maniobras realizadas por Kanjuro Nomi, y sin desvelar su emotivo final, consideramos que al abandonar el camino o puesto establecido, el más fácil y seguro, el de la Criminología tradicional y ser “cobardes” (si alguna o alguno lo puede considerar así), podemos realizar la misma hazaña encomendada a nuestro samurái desenvainado que, utilizando una de las frases dadas por su hija (“un samurái sin catana es como si estuviera muerto”), parece posicionarnos como criminólogos y criminólogas sin crimen que analizar.

De este modo, tomando el guante y la ardua tarea de hacer “sonreír” a la Academia o a las teóricas y teóricos que, como diría Horkheimer ([1937]2016, p.55), se encuentran en una “posición relativamente segura”, intentaremos proponer a continuación 10 argumentos (los ampliaremos a 30, tal vez, en otra ocasión) cercanos a la criminología crítica global que defendemos:

1. *El crimen es un concepto necesariamente impugnable*: volviendo a la *lectio* de Ferrajoli, junto a la refundación de la cuestión epistemológica, el italiano pone como centro de análisis la cuestión teórica sobre la noción de crimen. La crítica central consiste en señalar que lo que es crimen o delito (objeto de estudio principal de la disciplina), tan solo está determinado por el derecho penal y el principio de legalidad. Cualquier otra acción que no entra en estos parámetros no es considerada como tal.

Por lo tanto, es necesario considerar y aceptar que el crimen no tiene realidad ontológica (Hulsman, 1986, p.300). Una posición que implica afirmar que nos encontramos ante un concepto artificial; un discurso creado por sociedades e intereses deseosos de imponer un concreto “sistema de vida” (Novoa Monreal, 1985, p.20).

Así, la criminalidad podría entenderse, compartiendo la tesis de Ceretti, en un *concepto necesariamente impugnabile o controvertido*¹⁸⁷. Atribución dada a nociones cuyo uso, significado o interpretación supone disputas porque pueden darse de diferentes formas y en estas reside su utilidad (Gallie, 1956, pp.169/172). Es decir, existen diferentes posiciones para darle significado a lo que es “crimen”, por ello es necesario valorar todas las opiniones y razonar abiertamente hacia un camino común donde adecuar el concepto (Ceretti, [1992]2008, p.349).

Los padres del daño social profundizan en esta posición en la *Crítica “crítica” a la Criminología* (Tabla 22). Nueve argumentos que vuelven a reflejar que la Criminología se ha dedicado tan solo a cierta clase de crímenes: aquellos establecidos por el sistema penal. Por este motivo, detrás de esta lógica selectiva, discriminatoria y enfocada tan solo en los delitos *comunes* o *menores*, compartimos que la disciplina debería ampliar horizontes (Bernal *et al.*, 2012, p. XXVIII; 2014, p.40).

Tabla 22. Crítica “crítica” a la Criminología

1. El crimen no tiene realidad ontológica	Crímenes y criminales son acontecimientos y personajes ficticios en el sentido de requerir ser contruidos antes de que puedan existir. [...] El crimen es un ‘mito’ de la vida cotidiana
2. La criminología perpetúa el mito del crimen	Existe la creencia dentro de la criminología de que es posible explicar por qué la gente comete ‘crímenes’, a pesar de que el ‘crimen’ sea una construcción social.
3. El ‘crimen’ consiste en muchos hechos insignificantes	Existen procesos de selectividad respecto a cuáles crímenes son seleccionados para ser controlados por parte de agencias del sistema penal.
4. El ‘crimen’ excluye muchos daños graves	Muchos casos e incidentes que ocasionan daños graves no forman parte del Derecho Penal o, si pudieran ser tratados por éste, serían ignorados o manejados sin recurrir a él. Por ejemplo, los crímenes corporativos.
5. Construyendo los ‘crímenes’	El Derecho Penal utiliza ciertos tipos de reglas para decidir si se ha cometido un crimen o no. El razonamiento complejo de la ley a la hora de definir el crimen, aunque no esté centrado exclusivamente en el individuo, tiene un efecto individualizado.
6. La criminalización y el castigo infligen dolor	La definición de un evento como un ‘crimen’ pone en marcha o es el producto de un proceso de criminalización.
7. El ‘control del crimen’ es ineficaz	El sistema de justicia penal no funciona de acuerdo con sus propios objetivos. Se supone que tiene que hacer algo respecto a ciertos problemas (la criminalidad) en la sociedad.
8. El ‘crimen’ da legitimidad a la expansión del control del delito	Como el crimen es a menudo considerado de forma aislada que otros daños sociales, le da legitimidad a la expansión ulterior de la industria del control del delito.
9. El ‘crimen’ sirve para mantener relaciones de poder	El concepto del crimen mantiene las relaciones del poder existentes en múltiples formas, por ejemplo, se centra en los actos y comportamientos individuales de las calles; la pobreza, la privación social y las desigualdades pueden ser ignoradas; la industria de control del delito tiene un interés personal en la definición de ciertos eventos como delitos o los políticos usan el crimen para movilizar apoyo.

Fuente: elaboración propia basada en HILLYARD, P. y TOMBS, S. ([2005]2008). Chapter 1. Beyond criminology? En, DORLING, D. ET AL., *Criminal obsessions: Why harm matters more than crime*, (pp.6-23). Londres: Centre for Crime and Justice Studies. pp.7-14; HILLYARD, P. y TOMBS, S. (2013). ¿Más allá de la criminología? *Revista Crítica Penal y Poder*, (4), 175-196. pp.176-183.

¹⁸⁷ Concepto acuñado por Gallie, entre los cuales la religión, el arte, la democracia, la ciencia o la justicia social podrían también situarse. GALLIE, W.B. (1956). Essentially Contested Concepts. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 56, 167-198.

2. *La subordinación de la disciplina al sistema penal ha terminado*: en relación con el primer argumento, al no cuestionar la noción de crimen estamos posicionándonos a favor de una disciplina o ciencia muy vinculada al sistema penal. En palabras de Hulsman (1986, p.300):

Quando no problematizamos (y rechazamos) el concepto del crimen, esto significa que estamos atrapados en una visión catastrófica de la sociedad en la que nuestra base informativa (tanto los “hechos” como su “marco interpretativo”) depende principalmente del marco institucional de la justicia penal.

Así, podríamos decir que la Criminología termina privilegiando la ley y la justicia penal. Como los partidarios del *social harm* indican, “la criminología no puede escapar de estos discursos, porque esto es lo que es, dónde nació, cómo se construyó” (Hillyard *et al.*, [2005]2008, p.64). Es por este motivo que se recomienda hoy una huida, un punto de vista externo y autónomo, una emancipación de la subalternidad (Ferrajoli, [2012]2013, p.5).

Tal y como argumentáramos anteriormente, resulta imprescindible analizar cómo se materializan los nuevos problemas globales que también hemos llamado injusticia estructural, violencia estructural o daño social. Unas nociones e interpretaciones que junto a los crímenes de Estado o crímenes de sistema, en cuanto a las barreras en la satisfacción de necesidades y vulneración de derechos humanos (el *derecho débil*), siguen siendo en gran parte ignoradas y silenciadas con el paso del tiempo y el trayecto de la tempestad.

3. *Toda criminología es política*: más allá de una ciencia o saber objetivo, neutro e ideológicamente aséptico (como lo interpreta la teoría tradicional y positivista), resulta necesario reconocer que “toda criminología es política”, una afirmación en la que “lo político no contamina lo científico, sino que lo sincera y permite arañar mucho más de cerca la realidad” (Zaffaroni, 2011, p.11).

Dicho lo cual, y adelantando la esencia de los próximos argumentos, la realidad no se encuentra en la representación de la realidad construida por la razón instrumental o los grandes poderes, sino que es necesario profundizar en las emociones, los afectos y los sentimientos.

Por lo tanto, cuando decimos que toda criminología es política, nos referimos a que solo hay dos vías a las que esta disciplina puede estar destinada: 1) a las órdenes de los grandes poderes que configuran el proyecto modernizador capital y evitan ampliar los objetos de estudios a problemas generados por ellos mismos; o 2) al servicio del interés común que se ve pisoteado, maltratado y dañado por las lógicas de los anteriores y no pueden tener una vida sostenible.

4. *Es necesario comprender los derechos humanos como un hecho del lenguaje*: el contenido y la finalidad inicial de los derechos humanos responde en gran medida a los intereses del poder que estamos haciendo mención. Cuando hablamos sobre una arquitectura de la impunidad basada en un derecho corporativo global, nos estamos refiriendo a que determinados derechos, como la propiedad intelectual, están protegidos por un “derecho fuerte” mientras que derechos como el DAME u otros derechos sociales representan un “derecho débil”.

El control del discurso ejercido con el poder cultural parece convencernos de que los derechos fuertes merecen una mayor protección y preocupación. No obstante, resultaría conveniente incidir en que nuestras necesidades y nuestra propia vida dependen más de derechos como el derecho a la salud o el acceso a los medicamentos salvavidas.

Por ello, una tarea pendiente consistiría en reflexionar en torno a cómo se podría dar la vuelta a este discurso, siendo necesario en este apartado (como lo recuerdan los derechos humanos emergentes) una verdadera democracia que resida en la soberanía del pueblo.

5. *La vida tiene que ser el elemento central de nuestro ejercicio criminológico*: tras recorrer disputas y tensiones del capital con el trabajo asalariado o la propia vida trabajada por la economía feminista, no tenemos ninguna duda en afirmar que al alegar a un imperativo categórico negativo y decir “¡nunca más!” tenemos la intención de reducir las injusticias estructurales

Así, la criminología a la que aspiramos debería de interpretarse y realizarse de otra manera completamente diferente: mirando desde la sostenibilidad a la vida y con el fin superior de terminar con el conflicto capital-vida, es decir, con el triunfo de la vida sobre las consecuencias de la lógica del capital.

En este sentido, la vulnerabilidad, la interdependencia y la ecoddependencia se vuelven en ejes centrales de un camino que se construye en común y debe partir de nuestra propia fragilidad, de nuestro propio cuerpo herido y de nuestra propia existencia vulnerable y vulnerabilizada en ciertas ocasiones.

6. *Las narrativas son un componente necesario para conocer la verdadera realidad*: como hemos intentado mostrar en esta investigación, las historias de vida, experiencias y sentimientos que hemos conocido en torno a la cuestión de la hepatitis C nos acercan como lectores y lectoras a las vivencias y el impacto que estas violencias globales producen.

Sin este componente emotivo que se siente en la piel, una investigación criminológica ignora el plano subjetivo y revolucionario del que en muchas ocasiones surge la movilización y los primeros pasos para conseguir que las cosas cambien. Por ello, apostamos firmemente por la metodología cualitativa y el cara a cara (en la medida de lo posible) con las personas afectadas.

De este modo, cumpliríamos con la función de ser portavoces de una historia cargada de sufrimiento que transmite que cualquiera podríamos haber pasado por ella y escuchar el lamento escondido, subterráneo y obscuro que “molesta y estremece por su verdad universal (Valverde, 2005, p.160).

7. *La apuesta por el atrevimiento y no tener miedo*: a colación de lo señalado, lejos del *datasaurio*¹⁸⁸ y la concepción clásica de “cientificismo”, la criminología necesita

¹⁸⁸ “El *datasaurio*, *Empiricus Abstractus*, es una criatura con una cabeza muy pequeña, un cuello largo, una barriga enorme y una cola pequeña. Su cabeza tiene solo algunas nociones de teoría; sabe que tiene que moverse constantemente pero no está seguro de hacia dónde se dirige, raramente se fija en algún detalle del terreno sobre el que pisa, su cuello/cabeza mira hacia arriba mientras se mueve de proyecto de investigación en proyecto de investigación, de base de datos en base de datos; su barriga es enorme y está distendida por el intrincado intestino del <<<

un nuevo método “que pueda manejar la reflexividad, la contradicción, la provisionalidad, los cambios de opinión, la toma de postura y los disimulos. Un método que tenga sensibilidad hacia el modo en que la gente escribe y reescribe sus propias historias” (Young, [2011]2015, p.38).

Lejos de la distancia jerárquica de la persona investigadora y la entrevistada o el propio objeto de estudio, quién utiliza la criminología de la manera que señala Young, asume que escribirá *desde abajo*, desde “las experiencias materiales de la gente común” (Young, [2011]2015, p.24).

Por este motivo, con las palabras dadas por Jock Young en *La imaginación criminológica* ([2011]2015), obra donde aplica a la disciplina criminológica el campo abierto por Wright Mills ([1959]1996) en la sociología, se apuesta por el llamamiento a no renunciar a nuestra “autonomía moral y política aceptando en los términos de cualquier otra persona la practicidad antiliberal del *ethos* burocrático ni la practicidad liberal de la dispersión moral” (Wright Mills, [1959]1996, p.236).

Un llamamiento al atrevimiento al que se suma Pat Carlen ([2014]2015, p.166) en un artículo donde defiende las tesis de Young y cuestiona la crítica que este último recibió por parte de David Garland (2012). Citamos las siguientes palabras de Young apelando a ese *no tener miedo*:

Yo creo firmemente que la criminología crítica tiene más relevancia hoy en día que nunca, y que la actitud crítica casa bien con la experiencia de la modernidad tardía [...] Tenemos el privilegio de trabajar en un campo que se centra en las dislocaciones fundamentales de la justicia que ocurren a lo largo y ancho de nuestro orden social, un lugar para la ironía y la competición, para el vituperio y la transgresión. Aquellos que tratan de marginalizar la criminología crítica no entienden su influencia en la realidad social. Aquellos que en nuestro propio campo limitan su definición de “crítico” a sectario o esotérico, no entienden la posición central de la crítica como contrapartida del neoliberalismo y sus discursos de control. Pongámonos manos a la obra en nuestra tarea, teniendo en cuenta lo urgente de nuestra oposición, si bien con ojos para la ironía, llenos, como siempre, de un sentido de sátira ante los extraños devaneos del datasauro y la triste farsa de ciencia representada ante nosotros. Sobre todo, debemos ser conscientes en todo momento de la creatividad inherente a la cultura humana y de los torrentes de emociones y sentimientos que caracterizan la condición humana y la capacidad de imaginar que esto requiere y genera. (Young, [2011]2015, p.259)

8. *La memoria es un necesario eje epistemológico de la criminología*: lo debemos. Tras décadas y siglos de estar al servicio del soberano, la lógica del Estado-nación y los intereses de los más poderosos, es intolerable que nuestra propuesta caiga en más descuidos. En estos términos, resulta necesario hacer memoria desde las y los vencidos y reflexionar sobre qué pudo suceder y no sucedió tras dejarlo todo en ruinas.

A su vez, y creemos que en este aspecto como seres que viven en el presente tenemos una gran tarea, no podemos ignorar el estudio de los crímenes de sistema masivos que suceden a lo largo del mundo y nadie quiere hacerse

análisis de regresión; come fieramente pero raramente piensa sobre el proceso de digestión estadística, su cola es pequeña, fina e inconcluyente.” YOUNG, J. ([2011]2015). *La imaginación criminológica*. Madrid: Marcial Pons. p.36.

responsable. Es imprescindible que desde la criminología se ponga el foco en estos problemas globales y se actué como altavoz de denuncia de lo que está ocurriendo y se permite que ocurra.

De esta manera, si nos centráramos en la *exclusión farmacéutica*, un problema global que también afecta a los países del Norte (tal y como creemos que lo hemos demostrado en esta tesis), resulta necesario ampliar los horizontes de nuestro Estado-nación y dar a conocer que hay millones de personas que han pasado o lo están pasando peor cada día. Esta resulta ser una tarea pendiente que, obviamente, no hemos podido abarcar con mayor amplitud en esta investigación.

9. *La Academia y la universidad deberían ser espacios que no se basen en la meritocracia (o determinados intereses de turno) y abarquen tanto las líneas de pensamiento hegemónicas como las más críticas o radicales:* para ejercer la criminología que proponemos y poder vivir de ello, resulta complicado hacernos un hueco en la actualidad en un sistema donde podemos considerarnos las y los enemigos o las y los traidores.

Una posición a la que se suma el sistema meritocrático de la institución universitaria que califica a las y los investigadores y docentes conforme a su producción como, por ejemplo, la publicación de artículos en revistas de gran índice de impacto. El problema es muy obvio, el gran impacto responde al orden hegemónico, por ello los discursos críticos no tienen cabida, las posibilidades de publicar un artículo crítico son mínimas.

Por lo tanto nos encontramos ante la gran duda existencial de cualquier joven que apuesta por una criminología crítica global: ¿vale la pena caer en este sistema meritocrático y sufrir y estresarse a la hora de intentar publicar varios artículos para consolidar un espacio de investigación o docencia?

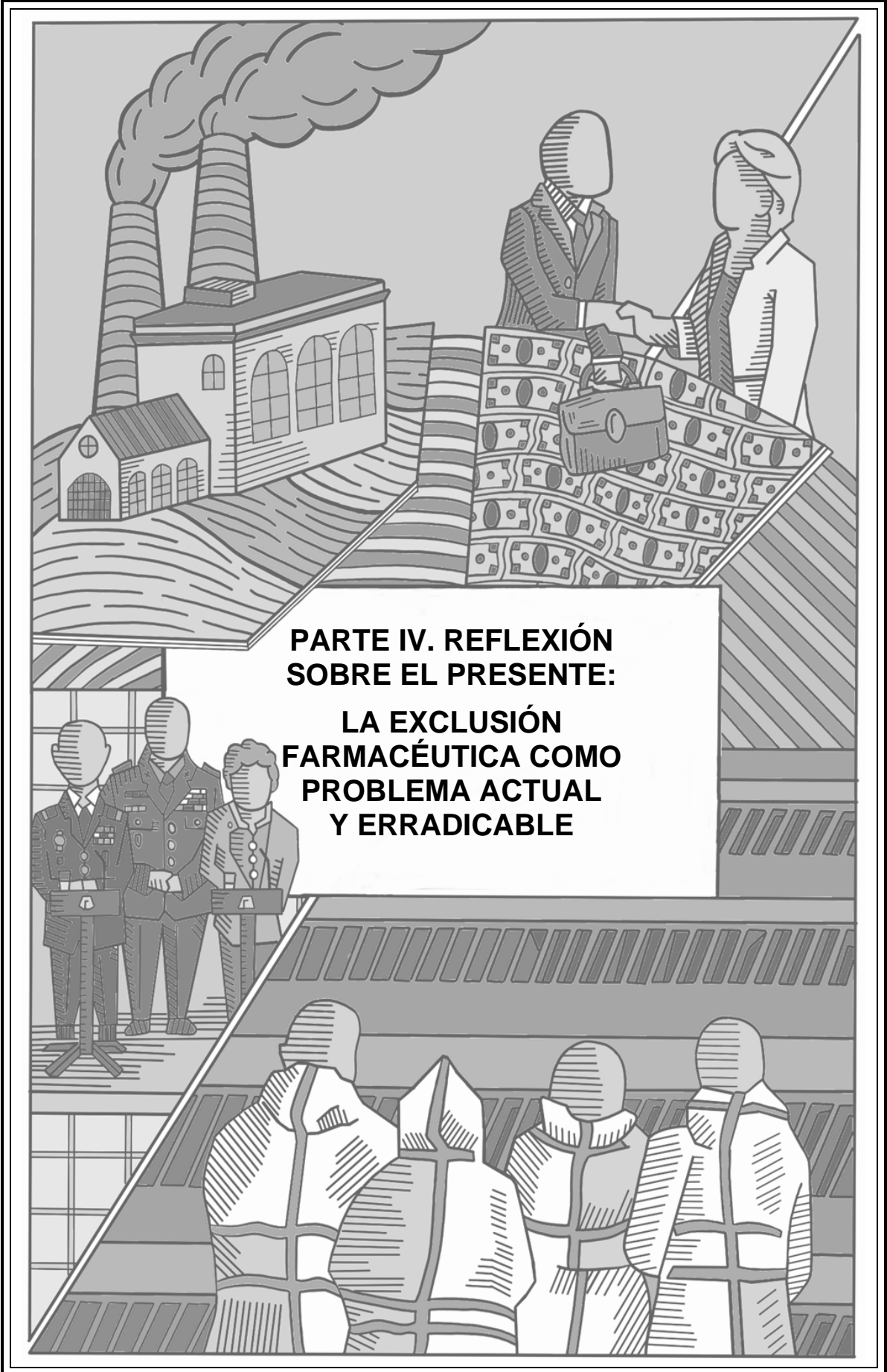
Desde el punto de vista personal consideramos que no. Aunque el deseo de nuestro ejercicio académico pueda ser que las jóvenes generaciones conozcan verdaderamente qué es la Criminología y qué otros caminos pueden tomar, el espacio para nuestro ejercicio en la Universidad parece ser nulo o mínimo.

Por ello, vemos conveniente denunciar que la Universidad todavía sigue estando en crisis tal y como señaló De Sousa Santos en 1989 y 2007. Una crisis que se encuentra: 1) en su *legitimidad*, donde deja de ser una institución consensual y el saber ya no es hegemónico de estos espacios, sino aquel que reproduce la empresa transnacional (De Sousa Santos, 2007, p.14; Castro Gómez, 2007, p.84); y 2) en su *marco institucional*, en cuanto es el “resultado de la contradicción entre la reivindicación de la autonomía en la definición de valores y objetivos de la universidad y la presión creciente para someterla a criterios de la eficiencia y la productividad de naturaleza empresarial” (De Sousa Santos, 2007, p.14).

Como alternativa se propone el impulso por un *conocimiento pluriuniversitario*, que lejos de un homogéneo y jerárquico “conocimiento universitario”, suponga un conocimiento transdisciplinar que obliga a un diálogo o confrontación con otros tipos de conocimiento. De esta manera, “la sociedad deja de ser un objeto de las interpelaciones de la ciencia, para ser ella misma sujeto de interpelaciones a la ciencia” (De Sousa Santos, 2007, pp.25-26).

10. *Habría que tomar en consideración la importancia de la investigación-acción:* para finalizar, retomamos una idea que el propio De Sousa Santos (2007, pp.32-66) incluye en sus “ideas-fuerza para orientar una reforma creativa, democrática y emancipadora de la universidad pública”: la *investigación-acción* como elemento de reconquista de la legitimidad universitaria.

Una metodología que no ha estado exenta de críticas y la han señalado como poco rigurosa, poco precisa, de escasa científicidad o una mera reflexión política; pero que a su favor tiene la construcción colectiva del conocimiento donde, tanto las investigadoras e investigadores y las personas “investigadas” son partícipes y coautores de la investigación (Nani Alvarado, 2012, pp.1-3).



**PARTE IV. REFLEXIÓN
SOBRE EL PRESENTE:
LA EXCLUSIÓN
FARMACÉUTICA COMO
PROBLEMA ACTUAL
Y ERRADICABLE**

CAPÍTULO 7. EL PRESENTE CON LA COVID-19: LA IRRUPCIÓN DE LO QUE AHORA SÍ QUE CONOCEMOS

Con la situación de la pandemia de la COVID-19, hemos visto pertinente reflexionar sobre el presente en un contexto donde, en mayor o menor medida, nos ha afectado y nos sigue afectando a todas y todos y puede servir para ponernos en el lugar de aquellos colectivos afectados por la exclusión farmacéutica. Una situación que, pese al constante y exitoso esfuerzo del personal sanitario, representa, en primer término, la preocupante situación del sistema sanitario (7.1. *El estallido sanitario*).

Un contexto que, sobre todo, a causa del deterioro y la *deriva institucional* descrita en el Capítulo 4, reflejó que el sistema se encontraba debilitado y sin opciones de hacerle frente eficazmente a las consecuencias del virus. Unos hechos como la falta de equipos de protección, la saturación de centros, la falta de camas UCI o la necesidad de más personal nos demostró que las estructuras públicas sanitarias son esenciales, con especial relevancia a la AP que estuvo (y todavía se encuentra) desatendida.

Toda una tensión del ya descrito conflicto entre la acumulación y la sostenibilidad de la vida, al que podrían añadirse las acciones y consecuencias generadas con las vacunas destinadas a combatir el virus (7.2. *La oportunidad de la Industria Farmacéutica*). Un proceso que primero inició con grandes inversiones de los organismos públicos a las grandes corporaciones farmacéuticas y que, de manera ulterior, llevó a estas a una competición por demostrar cuál de todas ellas era la más efectiva.

En suma, en relación con esta materia y su vínculo con la *exclusión farmacéutica*, las desigualdades en su acceso a nivel global y la férrea protección a través de patentes de estos productos o sus procedimientos, reflejan la avaricia y la codicia del sistema mercantil, el Estado y la sociedad frente a un problema *global*. Unos hechos que en su vinculación y parecidos con el caso de la hepatitis C, merecen ser citados y traídos a reflexión. Por adelantar un dato, a inicios de junio de 2021, de las 1.774 millones de dosis administradas, el 28% correspondió a los países del G7 (Alemania, Canadá, EE. UU., Francia, Italia, Japón, Reino Unido), mientras que en los países con bajos ingresos esa cifra descendió al 0,3% del número total (Oxfam International, 2021).

Tras lo dicho, nos detendremos en el análisis de la crisis estructural capitalista que, recordemos, ya venía de antes y con la pandemia ha dado el último aviso de su declive: el supuesto fracaso de la acumulación y las altas tasas de ganancia. Así, tras resumir la evolución de los últimos 70 años del recorrido capitalista, trataremos el nuevo espacio geopolítico o las propuestas del *Green New Deal* y la Cuarta Revolución Industrial (4RI) promovidas, por ejemplo, por el plan de recuperación y resiliencia de la UE: *Next Generation UE* (7.3. *Direcciones y redirecciones del capitalismo*).

A modo de conclusión, aunque esta tesis pretende ofrecer elementos para la comprensión de la exclusión farmacéutica y no se quieren abrir espacios posibles de alternativas (esto daría para otra densa investigación), es preciso finalizar este texto con una aproximación a las posibles soluciones que defiendan caminos en la garantía del DAME y la responsabilidad por su incumplimiento (7.4. *Aproximación a las posibles soluciones en la garantía del DAME y la erradicación de la exclusión farmacéutica*).

7.1. El estallido sanitario

7.1.1. COVID-19: fragilidad, ecodependencia, guerra y estigma

El último día de 2019, la Oficina de China de la OMS fue informada de distintos casos de una aparente neumonía que fueron detectados en Wuhan, en la provincia de Hubei. Desde esta fecha hasta el 3 de enero de 2020 se contabilizaron 44 casos. Daría comienzo el problema público del nuevo coronavirus (OMS, 2020f).

El 13 de enero se confirmó en Tailandia el primer caso importado de un viajero de Wuhan con esta patología desconocida que comenzó a denominarse como 2019-nCoV (OMS, 2020g). Una patología donde, ya para el 20 de enero había 139 casos registrados en China, un primer caso en Corea del Sur y con la confirmación por parte de China de que el 2019-nCoV se transmitía persona a persona (Kuo, 2020).

Ante lo dicho, la OMS comenzó a recomendar que se evitaran a personas con infecciones respiratorias agudas, con animales vivos o muertos de la granja o animales silvestres. Mientras que aconsejaba el lavado de manos o la práctica de la etiqueta de la tos (mantener distancia, cubrirse al toser y estornudar con pañuelos o ropa y lavarse las manos) (OMS, 2020h).

Para el 22 de enero ya se contabilizaban 17 muertes en China y 444 casos, con registros también en países como Taiwán, Corea Del Sur, Tailandia, Japón o EE. UU. (Infosalus, 2020a). No obstante, el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) consideró que el riesgo de importación al continente era “moderado”, siendo “baja” la probabilidad de contagios (Infosalus, 2020b). Al ocurrir fuera, “allí, en China”, no se le hizo mucho caso, no era un problema que podría repercutir en el Norte, en Occidente.

Por lo tanto, los y las europeas nos tomamos con tranquilidad dicha situación que no afectaba a nuestro “espacio civilizado” como diría Morrison. En cambio, a finales del mes aparecieron los primeros casos de adquisición del virus dentro de Europa, siendo representativos casos como los de Alemania (Infosalus, 2020c), Reino Unido (Infosalus, 2020e), Italia (Europa Press, 2020b) o el Estado español, concretamente en La Gomera (Infosalus, 2020f).

En consecuencia, tras estos hechos y el constante aumento en China con 170 personas fallecidas y 7.711 afectadas (Infosalus, 2020d), el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró el brote de coronavirus como una emergencia sanitaria internacional (OMS, 2020i). Una emergencia en la que, once días después, se la nombró COVID-19 y se apuntó que su transmisión era posiblemente zoonótica y provenía presuntamente de los murciélagos (OMS, 2020j).

En este sentido, de un día para otro, fue en este contexto cuando el 11 de marzo la OMS calificó el brote como pandemia (OMS, 2020k) y ya con más de 4.200 casos y 120 fallecimientos (Infosalus, 2020ñ), la ciudadanía entró en confinamiento bajo el estado de alarma declarado por el Gobierno español el 14 de marzo¹⁸⁹.

¹⁸⁹ Esta cifra incrementaría al poco tiempo. Para principios de abril ya se contabilizaron más de 100.000 casos y 9.000 fallecimientos. INFOSALUS (1 de abril, 2020r). España supera los 100.000 casos y las 9.000 muertes por coronavirus. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-coronavirus-espana-supera-100000-casos-9000-muertes-coronavirus-20200401114024.html>

Según el Barómetro de noviembre de 2020 del (muy criticado) Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), este virus que pensábamos que nunca nos iba a afectar nos despertó de la ignorancia. Un 58,4% de la muestra pensaba que podía morir por la pandemia (CIS, 2020). Y es que, más allá de si esta noticia buscaba reflejar si el coronavirus era un asunto serio o producía temor por sus tasas de mortalidad, reflejaba que la muerte está cerca y que la vida es finita. Como señalaba Zizek (2020b), la ciudadanía se encontraba ante un nuevo contexto donde, ante una catástrofe mundial, dejó lugar a que repensáramos todas y todos sobre las bases que sustentaban y sustentan nuestra comunidad.

Por todo ello, en relación con los objetivos metodológicos descritos y utilizados en esta tesis, podemos señalar que la situación pandémica ha tenido como aspecto positivo (si lo podemos decir de esta manera) que ahora somos conscientes, en una mayor proporción, de nuestra propia *interdependencia* global. Por eso, vemos conveniente retomar brevemente la afirmación de Butler ([2009]2017, p.30; 2020): a) *la vida es vulnerable por su finitud* (podemos morir de un día para otro); y b) también *por su precariedad* (ya que exige de ciertas condiciones económicas y sociales).

a) *La vida es vulnerable por su finitud*: en respuesta al primer punto, como señalaría Riechmann (2017, p.15), ahora sí que estamos aprendiendo a vivir como *buenas y buenos huérfanos*. Un aprendizaje que la pandemia nos ha demostrado es que no hay “padres inmortales” que nos vayan a librar del mal, por tanto, no nos queda más remedio que aceptar nuestra finitud, fragilidad, *interdependencia* y *ecodependencia*.

Y es que, respecto al último de ellos, la COVID-19 parece que ha resultado ser una infección *zoonótica*, lo que se traduce en que estamos ante una patología transmitida a través de animales como lo fueron en su momento el zika, la hepatitis E, el ébola o el SARS CoV-1 (Serra Cobo, 2020). Una materialización que se debe principalmente a tres grandes factores:

i) *El salto de especies*: las alteraciones ambientales generadas por la actividad humana (el Antropoceno) y/o por el capital (el Capitaloceno¹⁹⁰) favorecen que este “traspaso” se incremente. Por ejemplo, Serra Cobo (2020) recuerda que en los últimos años se ha perdido un 30% de la superficie forestal (entre 800 y 1.000 km² de selva en Camerún o 9.762 km² desde agosto de 2018 a julio de 2019 en el Amazonas). En suma, al no haber drenaje, la superficie se encharca y aparecen mosquitos y enfermedades. La epidemia del dengue es un ejemplo, ya que animales como los murciélagos, que no habían tenido interacción previa con los humanos, se refugiaron en sus asentamientos.

Otro ejemplo es el SARS CoV-1 que tiene relación con el cambio socioeconómico en Cantón (China). Como recuerda Serra Cobo (2020), las y los habitantes con mayor poder adquisitivo consumían la civeta (un animal salvaje). Al aumentar este poder en la ciudadanía, las opciones de consumir este “artículo de lujo” subieron, pero no había suficientes animales. Por ello, se crearon granjas y criaderos de civetas que nacían y crecían hacinadas y,

¹⁹⁰ Se puede profundizar sobre este constructo en: MOORE, J.W. ([2015]2020). *El capitalismo en la trama de la vida: ecología y acumulación de capital*. Madrid: Traficantes de sueños.

como aquí con las langostas, se exponían vivas en los mercados a elección de las y los clientes¹⁹¹.

ii) *El proceso de amplificación*: el siguiente paso consiste en la transmisión de persona a persona. Cuanto más alta es la concentración de personas, la propagación aumenta, por ello, los mercados suelen ser uno de los focos principales. Además, en el caso de la COVID-19 debemos tener en cuenta que en la ciudad de Wuhan vivían 11 millones de personas y las fechas del año nuevo chino estaban cerca e implicaban grandes desplazamientos.

iii) *La distribución geográfica*: finalmente, a colación de esta última observación, el aumento de la movilidad propiciada por la globalización ayudó a que el virus se trasladase de China a otros países. En este aspecto, destacan la movilidad global tanto por motivos de ocio (turismo de avión, cruceros, peregrinajes deportivos) o de trabajo (viajes de negocio, reuniones o congresos) (Lacomba, 2020).

Ante lo dicho, estos hechos demuestran la ecoddependencia, añadiéndose a ello la solidaridad y los objetivos comunes para hacer frente al confinamiento o las situaciones posteriores que unieron a la sociedad en los pueblos, barrios y ciudades. De este modo, recordando que la vida se sostiene con “las y los otros”, con el resto, como cita Yayo Herrero (2020, p.22), la vulnerabilidad y precariedad ontológica de todas y todos se ha visto reflejada cuando las condiciones a las que nos ha llevado la pandemia reflejan que los seres humanos tenemos un suelo mínimo de necesidades que hacen *sostenible* una vida digna y un techo ecológico que no es recomendable superar.

b) *La vida es dañable por su precariedad*: respecto al segundo punto citado por Butler, aunque se ha señalado que “la COVID-19 no discrimina”, esto resulta ser erróneo ya que puede interpretarse de forma clara en una dimensión de clase. El mero hecho de aislarse es un ejemplo, no es lo mismo el confinamiento en una mansión de Marbella, como señala Carlos Taibo (Boro, 2020), que en un piso modestamente pequeño. A su vez, respecto al trabajo, hay quienes pueden permitirse el teletrabajo y quienes no, como las clases populares que tuvieron que acudir al trabajo con el riesgo que ello conllevaba.

Por poner un ejemplo, tenemos los *trabajos esenciales* que con el estado de alarma del 14 de marzo tenían la posibilidad de “romper” el confinamiento y salir a trabajar: las cajeras, las reponedoras, las enfermeras, las limpiadoras... trabajos indispensables que durante décadas han sido olvidados e ignorados y que con este estallido sanitario han reflejado su indispensabilidad. Unos trabajos feminizados que tienen como base la precariedad, unas condiciones laborales paupérrimas (niveles mayores de parcialidad y temporalidad) y una condición social invisibilizada (Herrero, 2020, p.20).

¹⁹¹ Con la COVID-19 ha ocurrido algo parecido, por ejemplo, una de las primeras medidas fue prohibir el consumo de animales salvajes para eliminar malos hábitos y bloquear posibles fuentes de infección epidémica. INFOSALUS (14 de febrero, 2020i). La ciudad china de Tianjin prohíbe comer animales salvajes, bajo la amenaza de fuertes multas. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-coronavirus-ciudad-china-tianjin-prohibe-comer-animales-salvajes-amenaza-fuertes-multas-20200214123945.html>

La dimensión de género, a su vez, no queda reflejada tan solo con este ejemplo, como recuerdan Padilla y Gullón (2020, pp.90-92) haciendo mención a Wenham, Smith y Morgan (2020). Ignoramos las responsabilidades del cuidado, donde son las mujeres quienes ejercen esta labor tanto en el ámbito doméstico como en los trabajos sanitarios (especialmente la enfermería) (De Sousa Santos, 2020, p.46). A su vez, el confinamiento aumentó la exposición de la violencia machista.

Esta situación tiene relación directa con los trabajos informales y precarizados que tuvieron que paralizarse al declararse la cuarentena porque no había justificante que pudiera permitir la salida de los domicilios. Muchas familias no tuvieron ingresos durante este periodo de tiempo, siendo el teletrabajo y el aislamiento opciones inviables que pusieron y ponen en riesgo la vida de muchas personas (De Sousa Santos, 2020, pp.48-49).

Del mismo modo, pueden incluirse como otros sectores afectados los y las vendedoras ambulantes, las personas sin hogar, las y los refugiados, las personas dependientes o las personas con mayor edad. A continuación, resaltaremos algunos de estos casos que recopilamos relejendo algunas noticias, denuncias e informes del 2020 sobre la pandemia:

- a) *Personas mayores*: la falta de previsión, personal o atención profundizada por la mercantilización de los cuidados y la gestión empresarial en las residencias, como señalan Padilla y Gullón (2020, p.97), ha causado que cerca de la mitad de los fallecimientos por la COVID-19 hayan ocurrido en estos lugares.

23/03/2020: La ministra de Defensa, Margarita Robles, ha asegurado este lunes que los miembros de las Fuerzas Armadas han encontrado en las residencias de mayores a ancianos muertos en sus camas y ha avisado de que serán "implacables y contundentes" contra este tipo de acciones. (Europa Press, 2020h)

20/04/2020: El Defensor del Paciente señala la falta de protocolo y la omisión de socorro como causas de las muertes en residencias. (Europa Press, 2020i)

- b) *Las niñas y los niños*: como recogía la OPIK en abril de 2020, la salud de las y los niños durante el confinamiento se vio amenazada en un 31,5% por la presencia de humo de tabaco, en un 25,9% por falta de espacios exteriores en el domicilio (como la falta de un balcón) o en un 72,1% el consumo insuficiente de verdura. Situación que también se dio en casos más extremos como el de los campos de Cox's Bazar (Bangladesh) o el riesgo a padecer de enfermedades por la paralización de programas de inmunización a lo largo del planeta.

18/03/2020: *Save the Children* alerta del avance del coronavirus ante millones de niños y niñas refugiados y desplazados hacinados en campamentos sin atención médica. (Save the Children, 2020b)

22/05/2020: OMS, UNICEF y Gavi avisan del riesgo de muchos niños de padecer difteria, sarampión y poliomielitis. (Infosalus, 2020v)

- c) *Las y los temporeros*: en Albacete o Murcia se denunció la situación laboral con contratos irregulares y las condiciones de hacinamiento de este sector compuesto en gran medida por personas extranjeras sin papeles.

19/06/2020: Fernando Simón, ha avisado de que la "precariedad laboral y de vida, de vivienda" en la que viven los temporeros, en condiciones de hacinamiento, "favorecen la transmisión del coronavirus". (Europa Press, 2020n)

13/08/2020: Las irregularidades en la contratación de temporeros mediante intermediarios dificultan el control de la COVID-19. (Estévez Torreblanca y Sánchez, 2020)

d) *Las personas dependientes*: población como el de las personas sordas alertaron que no podían recibir adecuadamente la información sobre el coronavirus y pudimos comprobar que el uso posterior de mascarillas también dificultó su día a día. Por otro lado, las personas con autismo o daño cerebral vivieron nocivamente la reclusión en los domicilios.

26/02/2020: Las personas sordas muestran su preocupación por las dificultades que tienen para acceder a la información (CNSE). (Europa Press, 2020b)

17/04/2020: Plena Inclusión, Autismo España y la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) han alertado de las "graves" consecuencias que la pandemia de coronavirus tiene y tendrá sobre estos colectivos, "más expuestos a la crisis sanitaria, económica y social". (Infosalus, 2020s)

e) *Las personas de los países menos ricos*: a estas problemáticas se añade la preocupación por la disponibilidad de instalaciones básicas para lavarse las manos (solo tres de cada cinco personas las tienen en el mundo), sumándose a ello la alerta sobre la seguridad alimentaria y la nutrición.

14/03/2020: Tres mil millones de personas no tienen como lavarse las manos para protegerse del coronavirus. (ONU, 2020a)

14/10/2020: Organismos internacionales avisan de que a finales de año unas 800 millones de personas sufrirán desnutrición. (Infosalus, 2020z)

f) *Personas sin hogar*: las personas que viven en las calles no recibieron adecuadamente la información sobre las medidas establecidas por el estado de alarma. Asimismo, el estigma impidió el acceso al sistema sanitario.

15/03/2020: Médicos del Mundo pide medidas extraordinarias para personas sin hogar o problemas de acceso a la sanidad. (Europa Press, 2020e)

g) *Personas presas*: distintos organismos y asociaciones recomendaron poner en libertad anticipada, provisional o temporal a los individuos especialmente vulnerables como las personas con más edad, las enfermas o "los menos peligrosos" (OME, 2020)¹⁹².

04/05/2020: La FADSP y otras organizaciones han lamentado la "falta de preparación" de las administraciones penitenciarias para hacer frente a la propagación del Covid-19 en el continente europeo y en particular en España, por la ausencia de planes estatales de prevención y en los respectivos sistemas de salud pública. (Infosalus, 2020t)

Estos son tan solo unos pocos ejemplos que reflejan que la COVID-19 no afecta a todos y todas por igual; que la concepción de la salud tiene estrecha relación con los *determinantes sociales* y que la salud se juega en las calles, las movilizaciones, los barrios, las comunidades o las leyes (Padilla, 2019, p.55; Padilla y Gullón, 2020, p.87).

¹⁹² Puede profundizarse al respecto en: RIVERA BEIRAS, I. (Coord.) (2020a). *Pandemia: derechos humanos, sistema penal y control social (en tiempos de coronavirus)*. Valencia: Tirant lo Blanch.

En conclusión, el primer mensaje (y el más importante) del que tenemos que ser conscientes se fundamenta en dos ideas básicas dadas por Boaventura de Sousa Santos que hacemos nuestras:

[...] [1] hay mucha más vida en el planeta que la vida humana, ya que representa solo el 0,01% de la vida en el planeta; [2] la defensa de la vida del planeta en su conjunto es la condición para la continuidad de la vida humana. De lo contrario, si la vida humana continúa cuestionando y destruyendo todas las demás vidas que conforman el planeta Tierra, es de esperar que estas otras vidas se defiendan de la agresión causada por la vida humana y lo hagan de maneras cada vez más letales. (De Sousa Santos, 2020, p.84)

Por otro lado, acercándonos a la *lógica del capital* y el control del discurso que definíamos en el anterior capítulo (apartado 6.1.2. *Los cuatro rasgos del capital*), citábamos al comienzo que, tras un Consejo de ministros (y ministras) extraordinario, el 14 de marzo se decretó el estado de alarma. El mismo que, según lo recogido en el artículo 116 de la CE y la *LO 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio*, se facilitaba en casos de "crisis sanitarias, tales como epidemias y situaciones de contaminación graves" (art. 4.b).

En este sentido, se redujo la libre circulación de la ciudadanía y se limitó la circulación individual a motivos de primera necesidad entre las que se incluían los siguientes: la adquisición de alimentos, de medicamentos, asistencia a personas vulnerables (y/o vulneradas según se vea), asistencia a centros sanitarios o bancos, al trabajo o a la residencia habitual. Del mismo modo, tanto el transporte público como el privado se redujo y se limitó a los bares y restaurantes a ofrecer sus servicios tan solo a domicilio (Presidencia del Gobierno, 2020a).

De esta forma, algunos derechos protegidos constitucionalmente se vieron recortados por razones de orden público y salud. Por ejemplo, de las limitaciones citadas, la alarma afectó a la libertad de circulación (de nuestros pueblos, ciudades y barrios), al derecho a la educación (con el cierre de colegios y universidades), al derecho a la protección de la salud (con los centros de AP cerrados o limitados), al ocio (bares, restaurantes, teatros, cines), e incluso al derecho al sufragio (como el caso de Euskadi donde parte de la población no tuvo la opción de votar por tener el virus) (Rioja Andueza, 2020a; 2020b).

Una situación de recortes "excepcionales" que se dieron a escala internacional y fueron también fruto de preocupación por parte de Relatores y personas que formaban parte del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, quienes hicieron un llamamiento a la no represión de los derechos humanos (ACNUDH, 2020). Por su parte, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA publicó una guía de recomendaciones basadas en las experiencias obtenidas en materia de la emergencia global del VIH (ONUSIDA, 2020b).

Así, en este último documento, se aportan las experiencias y lecciones aprendidas en cuarenta años de trabajo en respuesta a la epidemia del VIH. De este modo, se defiende, por un lado, la involucración de las comunidades en la toma de decisiones o la garantía en el acceso a la información y la libertad de expresión (ONUSIDA, 2020b, pp.6-7). Resulta reseñable la recomendación del uso de las palabras y la alusión de frases como "super propagadores" o "infectados" que pueden determinar el trato y la discriminación social y escoger frases neutras como "adquirido" (ONUSIDA, 2020b, p.8).

Por añadir, esta situación se vio agravada con el tinte militar que desde mediados de marzo adquirió la mal llamada “crisis del coronavirus” (recordemos como hemos visto en anteriores apartados y hemos traído a colación con los conceptos de ecodependencia e interdependencia, que la “crisis” venía de antes si la entendemos como la quiebra de procesos vitales o el proyecto modernizador).

Uno de los primeros indicios de esta corriente fue la discriminación hacia las y los asiáticos en los meses de enero y febrero. Aunque incidiremos posteriormente en las causas que lo produjeron, el responsable de negocios de la embajada china en el Estado español, Yao Fei, emplazó a la ciudadanía a no discriminar a las y los chinos porque “el *enemigo* es el coronavirus, no los chinos” (Efe, 2020a). Así, se iniciaron las metáforas o mitos bélicos que hacen más daño que bien a la población enferma como señalaría Susan Sontag ([1978/1989]2020).

Desde la OMS, su director general, Adhanom Ghebreyesus, mostraba en febrero el desconocimiento de la institución sobre el virus señalando lo siguiente: “Todavía hay mucho que no sabemos. Para *derrotar* a este brote, necesitamos respuestas a todas estas preguntas” (RTVE, 2020a). Un discurso respaldado explícitamente por el presidente de Corea del Sur (Moon Jae Inn), que declaraba la “*guerra*” (Europa Press, 2020d) o el secretario general de la ONU, António Guterres, que avisaba que el mundo estaba “en *guerra* con el virus” (ONU, 2020b)¹⁹³.

Del mismo modo, en el Estado español las ruedas informativas diarias del Gobierno estaban militarizadas con la presencia de uniformados de la Policía Nacional, las Fuerzas Armadas y la Guardia Civil que acompañaban al director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Se organizó un dispositivo militar conocido como “Operación Balmis” y el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, en una comparecencia señaló: “Todos sabemos que cuando *venzamos* esta *guerra*, que la vamos a vencer, estoy convencido, necesitaremos todas las fuerzas del país: políticas, institucionales y sociales para vencer la *postguerra*” (Presidencia del Gobierno, 2020b). Misma línea argumentativa utilizada por el Rey, que llamó a resistir y unirse señalando “no nos *vencerá*, nos hará más fuertes como sociedad” (Europa Press, 2020g).

No obstante, el 25 de abril fue la última comparecencia de estas y estos uniformados. La Moncloa decidió cambiar de escena tras declaraciones comprometidas de algunos de ellos (Europa Press, 2020k). En suma, como recuerda Rivera Beiras (2020b, pp.30-31), dichas ruedas de prensa recibieron críticas porque tanto la CE, como la citada *LO 4/1981*, no contemplan que el ejército tuviera que desempeñar algún rol en los Estados de alarma. En su caso, su papel se situaba (según los artículos que van de 33 al 36) en el estado de sitio, tras declararse una sublevación frente a la soberanía nacional.

Por ello, podríamos hacer un símil con una de las noticias con la que nos encontramos en esta revisión cronológica de la pandemia. El antropólogo Francesc Llop estudió el uso histórico de las campanas de las catedrales e iglesias para ahuyentar las epidemias (dentro de la lógica sobrenatural y religiosa de todos los males). Tras analizar

¹⁹³ El mismo que tras despertar y apoyar el discurso del pánico, abogaba dos meses después, en mayo, por “reforzar la inmunidad de la sociedad frente al virus del odio”. Con el objetivo que los discursos agresivos que él mismo había favorecido no se extendieran. ONU (8 de mayo, 2020d). Con la expansión de la COVID-19, debemos inmunizar a las sociedades contra el virus del odio. *news.un.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474042>

los campanarios de 95 catedrales encontró inscripciones en las campanas con expresiones como “Ahuyento la peste” en una de Oviedo de 1539 o “Pongo en fuga a Satán” en otra de Valencia de 1681 (Europa Press, 2020). Pues, al igual, las y los uniformados que salían en televisión tenían inscritos en sus trajes: “el virus de la COVID-19 es el enemigo contra el que tenemos que luchar hasta derrotarlo”. Autoritarismo y “poderío español” que terminó generando y favoreciendo el miedo y la discriminación.

Además, junto a la población asiática, fueron objeto de estigma, tal y como recogen los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), personas con afecciones que suelen generar tos, personas con discapacidad o con trastornos conductuales o del desarrollo que dificultan el acatamiento de las medidas impuestas (CDC, 2020). Por ejemplo, incluso el personal sanitario fue objeto estigmatizado, como lo fue el mediático caso de un médico de Ciudad Real que se encontró en la puerta de su casa el siguiente mensaje:

Hola vecino, sabemos de tu buena labor en el hospital y se agradece, pero debes pensar también en tus vecinos. Aquí hay niños y ancianos. Hay lugares como el Barataria donde están alojando a profesionales. Mientras esto dure, te pido que lo pienses. (Varela, 2020)

En este aspecto, la mencionada guía de ONUSIDA (2020b, p.9) advertía que las y los trabajadores de salud podían ser objeto de estigma porque estaban en contacto con el virus al igual que ocurrió con la epidemia del VIH. Y es que vale la pena volver a este problema de salud pública no tan lejano y olvidado por las y los analistas que estos últimos meses, con el objetivo de buscar momentos análogos con la epidemia de la COVID-19, se centraron en la conocida “Gripe Española” de 1918, olvidando por completo la más reciente (Padilla y Gullón, 2020, p.118).

Este olvido mediático y social refleja el individualismo y la poca interdependencia que hemos tenido hasta ahora. El problema del VIH/SIDA afectó a “los otros” (los homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos) mientras que como entiende hoy una gran parte de la sociedad, la COVID-19 nos afecta a todas y todos (pero, no por igual, tal y como lo hemos visto).

Hoy las personas curadas del virus, las personas que la han adquirido y personas de riesgo como las de mayor edad han sufrido de estigma. Sin embargo, no es posible realizar una comparación semejante con el caso del VIH/SIDA ya que por aquel entonces se rehuía de las y los enfermos, no había mucha información disponible y no se podía abrazar y besar (al menos digitalmente) como ahora (Lauzirika, 2020).

Como recoge Morales (2020) en un análisis sobre el caso, cuando el VIH era desconocido las y los enfermos eran aislados en sus casas o en lugares específicos de los hospitales. El contacto con las y los familiares, amigas y amigos estaba prohibido y muchas de estas personas morían solas y sin cariño. Incluso el miedo social generó despidos de los puestos de trabajo, desahucios o la propia soledad.

El mismo texto recoge que no hace falta viajar hasta 1918 para analizar soluciones o medidas implementadas. Por ejemplo, la epidemia del VIH trajo avances en las políticas de salud pública como la inclusión de la prevención de enfermedades de transmisión sexual o los tratamientos de drogodependencia. Unos hechos a los que podríamos añadir, a tenor de lo señalado en esta tesis, el fortalecimiento y la garantía del DAME gracias a la labor de países como Sudáfrica o Brasil, donde en todos sus aspectos, se fomentó la unión del entonces llamado colectivo LGTBI y el activismo radical.

Por todo ello, el miedo al contagio, el pánico a la muerte o la propia consciencia de que todas y todos somos vulnerables son características que se comparten. Sin olvidar que con la labor de los grupos LGTBI en los años noventa ya se comenzó a poner los cuidados y la vida en el centro. Por ejemplo, a través de cajas de resistencia para pagar la renta de aquellas personas que habían sido despedidas, los recursos para congelar los desahucios, los bancos de alimentos o los gestos de cariño (Morales, 2020).

El confinamiento o la cuarentena, aparte del dispositivo autoritario fomentado por la administración pública, demostró la capacidad organizativa de las mismas a nivel local, autonómico como estatal a la hora de responder a la pandemia. A su vez, también ha sido reflejo de la solidaridad, las acciones de voluntarios y voluntarias, vecinos y vecinas y la comunidad. Nada nuevo si estamos dispuestos y dispuestas a recordar el pasado que todavía nos impone una ardua tarea: no dejar de hacer ni de olvidar.

7.1.2. Las carencias del sistema sanitario

Tras estas reflexiones, queremos centrarnos en cómo la pandemia del coronavirus dejó en evidencia el maltrato y deterioro del sistema sanitario que no pudo soportar todo lo que vino (aunque tenemos que ser conscientes que previsiblemente tampoco hubiese sido suficiente).

Por comenzar por una primera cuestión, ya hemos señalado que el personal sanitario fue uno de los trabajos con mayor exposición al virus. Por ejemplo, hasta el 12 de noviembre de 2020 eran 79.771 quienes lo adquirieron (el 5,46% del total de casos) y según cifras de hasta el 5 de junio, 63 perdieron su vida (RTVE, 2020b). Del mismo modo, durante los primeros meses los sindicatos alertaron del desabastecimiento de equipos de protección individual (EPIs) como mascarillas o batas (Infosalus, 2020o). A su vez, MSF, junto a Amnistía Internacional, solicitaron a las autoridades la garantía de estos equipos, incluso el acceso prioritario a las pruebas de detección (MSF, 2020a).

Estos ejemplos constatan que los recursos sanitarios son limitados. En cambio, se le añaden otros problemas que están completamente relacionados con el deterioro, la privatización, la mercantilización y los recortes que tratamos en el Capítulo 4 como: la saturación de centros, las pocas camas UCI o la falta de personal (Infosalus, 2020q). Desde Satse Madrid, por ejemplo, advirtieron del agotamiento crónico de las enfermeras y la necesidad de reforzar las plantillas (Infosalus, 2020p). Una realidad en la que, según la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF), faltaron más de 100.000 profesionales de enfermería para llegar a la media de la OCDE (Infosalus, 2020u).

En suma, fue y es preocupante la situación de la AP, la entrada principal de la ciudadanía al sistema sanitario. Como critica Gómez Liébana (2020), esta se ha ido volcando cada vez más en el aspecto clínico que en la prevención de la salud colectiva o el interés por las causas sociales de la enfermedad. Es decir, como nos comentaba Martín García en la entrevista que le realizamos, el sistema se centró en la consulta médica y la curación, pero muy poco en la salud pública y la seguridad sanitaria.

A su vez, los centros han recibido la carga de lo que implica la pandemia y prácticamente su lado presencial se ha ido centrando en el virus (para hacer diagnósticos precoces, seguimientos a domicilio, remisión a hospitales, etc.), mientras que las patologías ajenas a ella se atendieron por teléfono, poniendo en peligro la correcta garantía del derecho a la asistencia sanitaria (Rejón, 2020).

En este aspecto, la falta de recursos humanos ha sido la primera denuncia de las y los trabajadores, y es que el empleo está precarizado y muchas y muchos abandonan sus puestos de trabajo aparte de la poca inversión que recibe el sector. Así, los centros de salud se vieron saturados y muchos fueron cerrados, concentrando la atención tan solo en algunos de ellos.

Con otras palabras, tal y como señalaba David Harvey (2020), tras más de 40 años de neoliberalismo, lo público ha quedado expuesto y mal preparado. La crisis sanitaria entró en un sistema sanitario ya debilitado, En consecuencia, hoy nos encontramos con un sistema en el que, como denuncian desde CAS Madrid (2020), hubo falta de previsión en la compra de sistemas de protección, se modificaron constantemente los protocolos o había pocas camas en la UCI: “Les damos igual, somos parte de la maquinaria prescindible del sistema. Y lo peor es que estamos obligados a ser inconsecuentes y salvar la maquinaria si queremos seguir vivos”.

Una situación y descuido que tiene su pasado y que también fue recordado por la Oficina del Defensor del Pueblo. En 2019, de las 790 quejas recibidas en relación a la sanidad, la mayoría se refirió al ámbito de la AP y la atención especializada. Siendo las más numerosas las relativas a las listas de espera, donde se incluyen también la derivación de pacientes entre CCAA, el transporte sanitario o la prestación farmacéutica.

Por citar un ejemplo, se denunció la demora en la realización de bastantes intervenciones quirúrgicas de prótesis de rodilla en el Hospital General de Villarrobledo de Albacete. Una demora que se reconoce que fue de “carácter estructural” ya que 89 pacientes se encontraban en esa situación, estando 54 de estas y estos en una lista de espera que superaba los 180 días (Defensor del Pueblo, 2019, queja n.º 18019536).

En suma, en el informe anual se dejaron en evidencia las consecuencias del estallido financiero:

La mayor parte de la reducción se produjo en gastos de personal. Reducción de plantillas, paralización de contratos, contratos menos estables, reducción de salarios y peores condiciones laborales. La inversión en equipos y en obras de mantenimiento también se redujo de manera considerable en el período de crisis. Como consecuencia, han aflorado problemas serios. Las listas de espera son todavía demasiado largas y las urgencias con frecuencia se encuentran saturadas. Hay presión asistencial alta, restricción de algunos servicios, escasez de profesionales en algunas especialidades y territorios, especialmente en la atención primaria y en la sanidad rural, y muchos profesionales manifiestan estar fuertemente desmotivados, a la vez que su relevo se presenta dudoso. El equipamiento tecnológico en ocasiones envejece por falta de inversión y lo mismo ocurre con el mantenimiento de los hospitales, sobre todo los más antiguos. Se trata de circunstancias arrastradas desde hace varios años, que podrían cronificarse y hacer temer por un deterioro de la atención sanitaria pública. (Defensor del Pueblo, 2020, p.399)

De igual manera, las residencias se han convertido en los espacios más vulnerados a costa de la gestión privada¹⁹⁴. Por ejemplo, en el pasado mes de noviembre de 2020 se publicó la noticia de un brote con 110 usuarios y usuarias con COVID-19 y 34 trabajadoras en el centro de mayores privado Doral Residencias situado en el municipio de Mos, Pontevedra (Paniagua, 2020).

¹⁹⁴ Tema trabajado por el periodista gallego Manuel Rico en el que se cuestiona lo acontecido en las residencias durante la pandemia, quién está detrás de su gestión o el control que se aplica sobre estas. RICO, M. (2021). *¡Vergüenza! El escándalo de las residencias*. Barcelona: Editorial Planeta.

Por retomar la mirada sobre Galicia y el caso de las residencias, hemos de partir reconociendo que este territorio no ha recibido la misma intensidad de virus adquirido que otros lugares. Así, como recuerda Vaamonde (2020b) y nos comentaba Martín García, condiciones como ser un territorio periférico, tener la población muy dispersa, la poca intensidad del uso de transporte público, los bajos niveles de contaminación o no disponer de un aeropuerto internacional podrían responder a dicha situación.

No obstante, en el caso de las residencias la apuesta privatizadora de años anteriores y los datos que señalan que muchos fallecimientos han ocurrido en estos lugares evidencian dudas respecto a su gestión. En estos términos, DomusVi y la Fundación San Rosendo son las principales entidades gestoras. El primero posee la mayor red de residencias en el Estado español y tiene como CEO a Josefina Fernández, galardonada en 2019 con el premio Galicia Global¹⁹⁵. Mientras que la segunda la preside Benigno Moure, un cura, amigo de Fraga, que fue condenado en 2008 a cinco años de prisión por robar 600.000 euros a una mujer con demencia (Vaamonde, 2020b).

Además, como nos recordaba Lores Aguín, la gestión de estos centros es un desorden porque, por ejemplo, “si tú eres de Santiago te llevan a Lugo, si tú eres de Ourense te llevan a Pontevedra porque así la familia no puede ir a verte”, generando consigo dificultades de movilidad¹⁹⁶. En suma, el propio Consello de Contas denunció en 2018 esta mala situación tras fiscalizar el gasto en atención residencial a personas mayores y dependientes de 2010 a 2016. Destacaron que Galicia tenía en 2013 una ratio de 2,97% de plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, una cifra inferior a la media del Estado español (4,22%) (Consello de Contas de Galicia, 2018, p.22).

A su vez, la diferencia entre plazas públicas y privadas de los centros de mayores fue parecida a la proporción del Estado español en 2015 donde el 72,6% de las plazas pertenecían a las privadas y el 27,1% al público (Consello de Contas de Galicia, 2018, p.23). De 230 centros gallegos en 2016, 50 eran de iniciativa pública y 180 de iniciativa privada (98) o social (82) (Consello de Contas de Galicia, 2018, p.33).

De hecho, el Consello de Contas, citando las Actas de Inspección de 2014 y 2015 de los centros con plazas públicas, llegó a la conclusión de que en más de un 46% de las actas se citaban los desperfectos o el estado inadecuado de las instalaciones, en un 80% incidencias relativas a protocolos de funcionamiento o en un 60% incidencias de documentación. Además, en más de un 40% se hacía referencia al área del personal: por ejemplo, no había personal suficiente los días de visitas, incumpléndose así el mínimo de 0,35 de personal por usuario o la ratio mínima de personal en atención directa (Consello de Contas de Galicia, 2018, p.62).

¹⁹⁵ Una iniciativa puesta en marcha por la Asociación Española de Directivos (AED) que con el apoyo de la Xunta premian y reconocen “la labor de un líder empresarial gallego que destaque por su proyección internacional”. AED (2019). 3er encuentro. Globalizando Galicia: un cruce de perspectivas. *asociaciondedirectivos.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://asociaciondedirectivos.org/que-hacemos/galicia-global/>

¹⁹⁶ Y es que otro de los aspectos visibilizados por la pandemia ha sido la soledad de las personas mayores, que ni siquiera han tenido el apoyo familiar en muchos casos. Al respecto, se hizo notorio el caso de padres y madres que decidieron desheredar a sus hijos e hijas por estos motivos. ROMERO DÍAZ, I. (7 de noviembre, 2020). Desheredados por no cuidar de sus padres durante la pandemia. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://elpaís.com/economia/2020-11-06/desheredados-por-no-cuidar-de-sus-padres-durante-la-pandemia.html>

En el último caso, relativo al personal, siendo conscientes de las diferencias de ratio entre los centros gestionados por medios propios y los externos, el Consello advirtió que este era “un factor que puede repercutir en la calidad del servicio, y también en la valoración otorgada a la calidad por los residentes y familiares” (Consello de Contas de Galicia, 2018, p.89).

En definitiva, y hablando en términos generales, son muchas las cuestiones y decisiones que necesitan una reconsideración sobre qué modelo sanitario queremos, cómo comprendemos y nos preocupamos por los determinantes sociales y qué significado le damos a la salud. Tal y como recordaba el etíope Adhanom Ghebreyesus, el colapso del sistema sanitario ha sido global y debemos tener en cuenta que esta historia no finalizará con el término mundial de la pandemia. Y es que, a causa de este colapso, el fallecimiento de pacientes con otras enfermedades aumentará drásticamente en un futuro cercano (sí, también aquí en el Norte):

La pandemia de Covid-19 está ejerciendo presión sobre los sistemas de salud de muchos países. El rápido aumento de la demanda de instalaciones y profesionales sanitarios amenaza con dejar algunos sistemas de salud sobrecargados e incapaces de funcionar eficazmente. Los brotes anteriores han demostrado que cuando los sistemas de salud están colapsados, las muertes por enfermedades prevenibles y tratables con vacunas aumentan drásticamente. (OMS, 2020l)

Por todo ello, tenemos que ser conscientes de que el foco se ha centrado mucho en la COVID-19, pero se han ignorado otro tipo de patologías prevenibles. La situación de la AP, por poner un caso, ha supuesto que no se haya realizado el seguimiento adecuado a las personas con diabetes o no se hayan realizado nuevos diagnósticos de esta enfermedad (Infosalus, 2020x).

La propia ONUSIDA advertía a principios de 2020 de posibles fallos en la atención a personas con VIH en China: "Es particularmente importante que las personas que viven con VIH y otras enfermedades crónicas tengan acceso a un suministro adecuado de medicamentos para que puedan continuar el tratamiento y mantenerse saludables" (Infosalus, 2020h). Y es que dos semanas después se publicó que el 32% de las y los chinos con VIH creían que se podrían quedar sin terapia por las limitaciones en la libertad de movimiento (ONUSIDA, 2020a).

En este aspecto, Martín García nos ponía en atención sobre una posible “epidemia de cáncer” en un futuro cercano porque la actividad se paralizó o se ralentizó con el cierre de consultas de cirugía, traumatología y otras especialidades.

[...] esto va a generar un gravísimo problema porque muchos pacientes con enfermedades que tienen que ser diagnosticadas a tiempo para evitar que pasen a mayores, como pueden ser el cáncer por poner un ejemplo, pues no sabemos lo que está pasando... pero mucho nos tememos que va a haber una epidemia de cáncer muy importante después de esta epidemia de COVID-19 ¿no? porque tenemos una bolsa de población enferma que no está siendo diagnosticada, que no está siendo controlada, no está siendo operada, etcétera, etcétera, etcétera. (Manuel Martín García, 10 de septiembre de 2020)

Y mientras esta es la situación de la sanidad pública, en la otra cara de la moneda, en la privada (junto a las grandes aseguradoras que invirtieron bastante dinero en publicidad y marketing durante el confinamiento), la atención directa o la cirugía funcionó de manera “normal” sin listas de espera. Otra muestra de que el derecho a la salud (o en nuestro caso, el “derecho a la protección de la salud”) se garantiza antes a las personas que se lo pueden permitir pecuniariamente que al resto.

7.1.3. El papel de la OMS y el Relator Especial

Por hacer mención a figuras ya analizadas en capítulos anteriores, el estallido sanitario también ha puesto en evidencia que la OMS no dispone de instrumentos y mecanismos legales para aplicar sus normas y orientaciones como sostiene Velásquez (2020a, p.iii). Una situación a la que se añadió en su momento el abandono de EE. UU. del organismo y, en consecuencia, de su financiación (siendo este el mayor benefactor).

Por ejemplo, por citar algunos precedentes, en 1986 Jonathan Mann (entonces director del programa Mundial de la OMS sobre el SIDA) se enfrentó con Hiroshi Nakajima (entonces director general de la OMS) por la estrategia para proporcionar tratamiento y coordinar investigaciones en la materia del SIDA que contaba con la financiación de 70 millones de los EE. UU. La propuesta fue retirada y Mann abandonó la OMS, siendo fundada tras años de debate la conocida ONUSIDA entre 1994-1995.

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria creado en 2002 también fue una propuesta liderada por la OMS, pero que finalmente creció a su margen y funcionó a través de donantes, organizaciones no gubernamentales, diversos países, la ONU o el sector privado. Misma dirección que la Alianza para las Vacunas (GAVI), lanzada en 1974 en la AMS como un Programa Ampliado de Inmunización y establecida en 1999 al margen de las directrices de la OMS (con la colaboración de gobiernos, UNICEF o la Fundación Bill y Melinda Gates) (Velásquez, 2020a, p.2).

Por si fuera poco, COVAX, el pilar fundamental del acceso mundial a las vacunas del COVID-19 creado en abril de 2020 (y del que hablaremos después) está codirigido por la GAVI, la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI) y la OMS. No obstante, la capacidad de actuación y financiación están fuera de las manos de la OMS (Velásquez, 2020a, p.2).

Por lo tanto, siendo conscientes de las debilidades del organismo, países como Francia y Alemania hicieron pública su opinión a través de una solicitud¹⁹⁷ en la que pidieron al director general el inicio de una evaluación imparcial e independiente para reflexionar sobre la experiencia y las enseñanzas surgidas de los acontecimientos de la pandemia. Así, promovieron tres tipos de reformas (que pueden interconectarse):

- 1) *Reforma general de la OMS*: recuerdan que la financiación del organismo es limitada porque sus presupuestos están basados en la recaudación de fondos (en un 20%), mientras que el 80% viene de contribuciones voluntarias.
- 2) *El trabajo de la OMS en emergencias sanitarias*: la pandemia ha demostrado que la OMS es la autoridad líder en emergencias sanitarias. No obstante, recuerdan que existen “déficits estructurales sistemáticos” donde el organismo debería de estar libre de las influencias externas.
- 3) *El trabajo de la OMS en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)*: donde dejan en evidencia que el mundo está lejos de alcanzar el nivel adecuado de su implementación porque no hay voluntad por parte de los EM, la OMS tiene capacidades limitadas y el RSI no es vinculante.

¹⁹⁷ Bajo el título de *Non-Paper on Strengthening WHO's leading and coordinating role in global health. With a specific view on WHO's work in health emergencies and improving IHR Implementation*, disponible en: <http://g2h2.org/wp-content/uploads/2020/08/Non-paper-1.pdf>

Partiendo de estas observaciones, los tres principales problemas que una reforma de la OMS debería de abordar serían los siguientes según Velásquez (2020a):

- 1) *El dilema entre el sector público y el privado*: si recordamos lo trabajado en los primeros capítulos de la tesis, la OMS comenzó a operar en 1948 como un organismo financiado con fondos públicos. En cambio, hoy el control presupuestario no es público y es posible hablar de la privatización del organismo ya que aproximadamente un 80% está en manos de asociaciones como la Fundación Bill y Melinda Gates o un grupo de países industrializados¹⁹⁸.

Ante este problema, Velásquez se pregunta: ¿por qué no definir, como norma obligatoria, que al menos el 51% del presupuesto debe provenir de las cuotas de los gobiernos? Por ejemplo, incluyendo que ese aporte no supere un máximo del 10-15% tanto si es una entidad pública como privada (2020a, p.6).

- 2) *El dilema entre las recomendaciones voluntarias y los instrumentos vinculantes en el ámbito de la salud*: la OMS tiene como responsabilidad la gestión de la acción mundial contra la propagación de enfermedades. Según el RSI adoptado en 1969 y revisado en 2005, la AMS...

está facultada para adoptar reglamentos «destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades», que, una vez adoptados por la Asamblea de la Salud, entran en vigor para todos los Estados Miembros de la OMS, excepto aquellos que expresamente los rechacen dentro del plazo estipulado. (OMS, 2008, p.vii)

Por esto motivo, sostiene el colombiano, muchos países violaron lo establecido al inicio de la pandemia. Asimismo, según el artículo 19 de su Constitución, la AMS tiene “autoridad para adoptar convenciones o acuerdos respecto a cualquier asunto que esté dentro de la competencia de la Organización” (OMS, 1946).

Ante lo dicho, la OMS podría negociar un *tratado internacional vinculante* para un modelo alternativo al I+D farmacéutico al igual que hizo en la única vez que este artículo fue utilizado en 2003 en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (Velásquez, 2020a, p.9).

- 3) *El dilema entre los reglamentos y la ayuda humanitaria*: dentro de la OMS existe el dilema de si el organismo debiera de encargarse tan solo de la creación de normas e instrumentos y la administración de reglamentos sanitarios internacionales o también de la asistencia humanitaria (como lo hacen el Fondo Mundial, la GAVI, UNICEF, ONUSIDA o MSF).

El documento presentado por Alemania y Francia defiende la doble dimensión. En cambio, está por ver si es conveniente que la OMS tenga la tarea de gestionar proyectos financiados por el sector privado o es más conveniente que se reconstruya como un organismo internacional público independiente dedicado a la salud y las prioridades globales de salud pública (Velásquez, 2020a, pp.9-10).

Por su parte, consideramos que siempre son destacables las observaciones que realiza el Relator Especial centrado en el derecho de toda persona al disfrute del más

¹⁹⁸ Para un análisis sobre la Fundación, sus semejanzas con la Fundación Rockefeller y este “filantropocapitalismo” véase: BIRN, A.E. (2014). Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. *Hypothesis*, 12(1): e8.

alto nivel posible de salud física y mental. En el informe final donde recopila los temas clave tratados durante su mandato (2014-2020), Dainius Pūras incluyó observaciones oficiales sobre la pandemia (AGNU, 2020).

Así, en el Informe presentado a mediados de julio de 2020, el Relator advierte que la pandemia agravará los niveles de pobreza, afectando especialmente a la salud de la población de los países con ingresos bajos o medianos que tienen menor capacidad de respetar el distanciamiento social o seguir recomendaciones en materia de higiene. A su vez, muestra su preocupación por la garantía del DAME sobre todo para patologías graves como el SIDA, la tuberculosis o la malaria (AGNU, 2020, p.6).

En un segundo apartado recuerda que los derechos humanos son interdependientes e indivisibles. Características que tal y como pudimos comprobar en el Capítulo 1 (apartado 1.1.6. *El derecho a la salud en el derecho comunitario e internacional*), confirman que el derecho a la salud está estrechamente vinculado a otros derechos: “el derecho a la salud solo puede hacerse efectivo si todos los demás derechos se respetan y protegen, y que se promueve al promover estos últimos” (AGNU, 2020, p.6).

Al respecto, entre una serie de ejemplos, ligando los derechos laborales con los de la salud, se cita a los 3.000 migrantes magrebíes que viajan anualmente a Huelva para la recogida de fresas. En 2020, mientras el resto del país permanecía confinado, su trabajo precarizado y explotado (y muchas veces no remunerado) se consideró “esencial” (AGNU, 2020, p.8).

El Relator también da su opinión sobre la corrupción y pone en duda los fondos de recuperación o las inversiones de los organismos públicos. Señala que “se están emprendiendo medidas de estímulo, sin que estas se complementen con requisitos de transparencia y rendición de cuentas con respecto a todo el dinero que se asigna o gasta” (AGNU, 2020, p.12).

En suma, el consultor independiente pone especial énfasis en tres cuestiones más:

- 1) la situación de las personas privadas de libertad y el peligro de los centros penitenciarios con condiciones higiénicas dudosas;
- 2) la salud mental y los problemas que pueden derivarse a causa del aislamiento y el distanciamiento social; y
- 3) las amenazas que pueden suponer las aplicaciones de vigilancia digital como el rastreo o los documentos de inmunización cuando no está demostrado si las personas que han pasado el virus resultan ser inmunes o no.

No obstante, sin profundizar en ella y dando pie al próximo apartado, destacamos, que en materia farmacéutica, Pūras defiende la idea de una “vacuna universal” asequible que se distribuya equitativamente. Mientras, volviendo a los determinantes sociales, advierte que estos han sido omitidos hasta ahora y que en el ámbito formativo se enseña a prescribir medicamentos, pero no a tratar las condiciones sociales, ambientales o psicosociales que contribuyen a la aparición de patologías (AGNU, 2020, p.13). Una situación en la que la Industria Farmacéutica siempre sale ganando:

45. El paradigma biomédico se centra en curar la enfermedad, y no en los determinantes subyacentes y sociales de los problemas de salud. Se trata de un planteamiento que encaja bien con los enfoques económicos que hacen responsable al individuo de su salud y bienestar, así como con el modelo de seguro médico. (AGNU, 2020, p.13)

7.2. La oportunidad de la Industria Farmacéutica

7.2.1. La inversión, la flexibilización y la competencia con la vacuna

Nada más comenzar los primeros casos de coronavirus, los organismos internacionales comenzaron a destinar millones de euros en proyectos para investigar el virus y desarrollar vacunas para prevenir su expansión. Una de estas iniciativas fue el *Acelerador ACT* liderado por la OMS, la GAVI y la CEPI (OMS, 2020c). Una iniciativa en el que su apartado de investigación y desarrollo de vacunas (conocido como COVAX) obtuvo ya más de 2.500 millones de dólares hasta noviembre de 2020.

Del mismo modo, la Comisión Europea fue destinando una cantidad de millones de euros en proyectos de investigación prácticamente desde enero (Infosalus, 2020l). En los meses de verano se acordó la compra de futuras dosis de vacunas con farmacéuticas como Johnson & Johnson, CureVac, Moderna o alianzas como Sanofi-GSK, AstraZeneca-Universidad de Oxford y Pfizer-BioNTech.

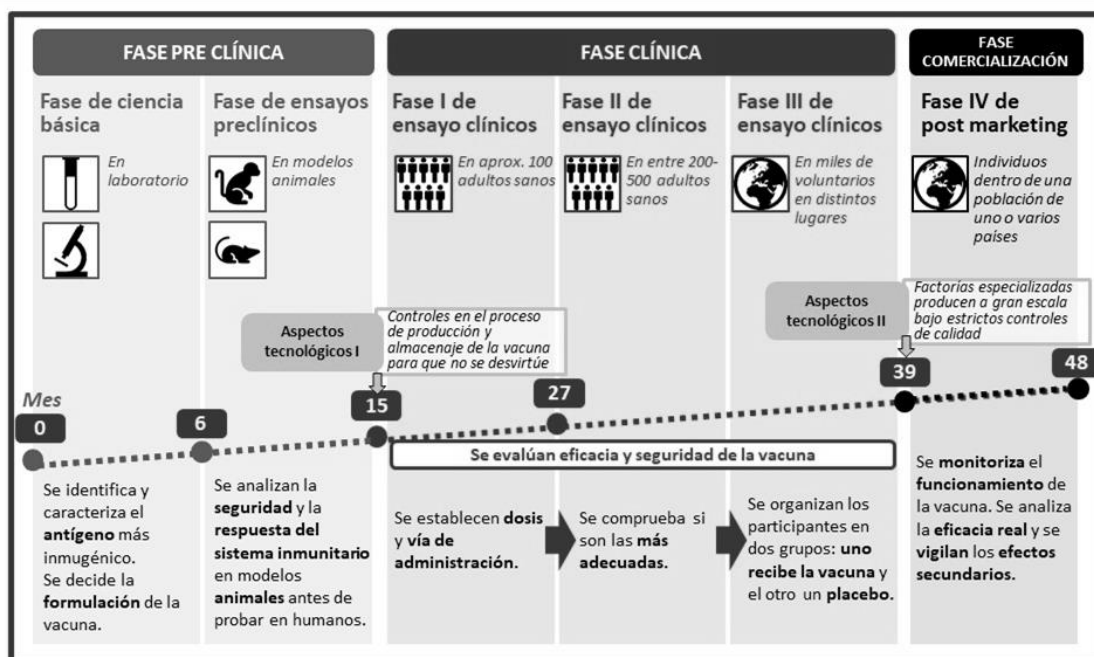
Junto a estos breves datos de inversión, destaca la “flexibilización” o inmediatez, por decirlo de alguna manera, de las agencias reguladoras de medicamentos. Si recordamos la cadena de medicamentos (véase la Figura 8 en la página 231), a lo largo del proceso de I+D era necesaria la aprobación de estas agencias para continuar los ensayos o comercializar los fármacos. Ante la situación pandémica de la COVID-19, organismos como la EMA señalaron que estaban dispuestas a “apoyar a los desarrolladores de medicamentos con todas las herramientas regulatorias disponibles para avanzar y acelerar el desarrollo de medidas efectivas para combatir y prevenir la propagación de este virus” (Acta Sanitaria, 2020).

Y es que cabe resaltar, que la cadena de las vacunas o el proceso hasta su comercialización tiene pequeñas diferencias con las de los medicamentos. La principal diferencia consiste, a priori, que una vacuna tiene la tarea de introducir “en el organismo de un microorganismo modificado para que el sistema inmunitario se defienda de él y genere ‘memoria’ inmunitaria” (ISCIII, 2020, p.1). De esta manera, los principales pasos en este proceso son estos:

- 1) conocer la biología y el comportamiento del microorganismo que genera la infección y la enfermedad en profundidad;
- 2) identificar las partes del microorganismo que pueden inducir una respuesta inmunitaria en el organismo cuando este se infecta;
- 3) desarrollar un prototipo de vacuna que genere esta respuesta;
- 4) evaluar la seguridad, toxicidad y eficacia de este prototipo; y
- 5) fabricar las dosis necesarias de la nueva vacuna (ISCIII, 2020, p.1).

Así, a causa de la emergencia sanitaria, este proceso que puede llegar a durar bastantes años se ha visto acelerado con la combinación de las diferentes fases o comenzando una fase antes de que finalizara la anterior (Figura 9). A su vez, se ha aprovechado la experiencia de investigaciones previas para acelerar el proceso de la fase preclínica. Al respecto, en un artículo publicado en mayo de 2020 en la *British Journal of Pharmacology*, se recogía que la “reorientación de los medicamentos” (una especie de fase IV) ofrecía una mayor esperanza para conseguir de manera más rápida resultados satisfactorios (Alexander *et al.*, 2020).

Figura 9. ¿Cuáles son las etapas en el desarrollo de una vacuna?



Fuente: ISCIII (2020). *Informe del grupo de análisis científico sobre coronavirus del ISCIII: desarrollo de vacunas frente al SARS-CoV-2*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación/Instituto de Salud Carlos III. p.9.

Algunos ejemplos que no tardaron en llegar, aunque no fueron vacunas, fueron los controvertidos medicamentos como el Remdesivir y la Hidroxicloroquina. Por comenzar con el primero, el Remdesivir es un antiviral desarrollado por la conocida farmacéutica Gilead (la misma del Sovaldi) para hacer frente al ébola (un padecimiento que, recordemos, fue objeto de preocupación en Occidente cuando este llegó a afectar a su población). Mismo que en febrero de 2020 fue enviado a China para realizar ensayos clínicos y conocer su respuesta al virus de la COVID-19 (Infosalus, 2020g).

De esta forma, reorientando el medicamento, en marzo Gilead ya comenzó con dos estudios clínicos de Fase III para evaluar la seguridad y eficacia de su antiviral tras la autorización de la FDA (Sebastián, 2020a). En cambio, estos pasos no estuvieron exentos de críticas porque Gilead lo intentó registrar de manera posterior con el estatus de *huérfano*, lo cual otorgaría a la compañía 7 años de exclusividad y beneficios fiscales. En cambio, la solicitud fue cancelada debido a la presión social (Thomas, 2020).

Pasadas unas semanas, se comenzó a hablar sobre su eficacia ya que el medicamento funcionaba según científicos y científicas de la Universidad de Alberta (Canadá) para el síndrome respiratorio del Medio Oriente y el síndrome respiratorio agudo severo (Gordon *et al.*, 2020). Además, fue utilizado en muchos casos como tratamiento de uso compasivo para las y los pacientes más graves que no disponían de otra alternativa terapéutica (Sebastián, 2020b).

En suma, otros trabajos evidenciaron que era un fármaco eficaz para inhibir la replicación del coronavirus (Neogi *et al.*, 2020). Por ejemplo, en el estudio de Grein *et al.* (2020) se suministró el fármaco de manera compasiva a pacientes hospitalizadas y hospitalizados con COVID-19, concretamente aquellas con una saturación de oxígeno del 94% o inferior, mientras respiraban aire ambiente o recibían oxígeno de apoyo. Los

resultados del estudio realizado entre el 25 de enero y el 7 de marzo de 2020, donde las y los pacientes recibieron el medicamento durante 10 días, fue que 36 de 53 del total (un 68%) mejoró clínicamente (Grein *et al.*, 2020, p.2327).

Estos resultados fueron calificados como un rayo de esperanza para la OMS, en palabras de Mike Ryan (el entonces director de Emergencias) (ONU, 2020c). Y ya en julio la EMA autorizó la comercialización del medicamento de manera rápida: “una autorización de comercialización condicional” (Efe, 2020b). Una acción que vino acompañada con el agradecimiento del *Chief Medical Officer* de Gilead, Merdad Parsey:

Agradecemos la rápida revisión de remdesivir por parte de la Agencia Europea del Medicamento. Esta autorización de comercialización condicional es un importante paso adelante mientras seguimos trabajando juntos para responder a las necesidades de tratamiento de los pacientes en toda Europa. (Infosalus, 2020y)

Sin embargo, ese trabajo “en conjunto” dejó en evidencia sus intereses cuando la corporación firmó con la Comisión Europea un contrato de 63 millones de euros con Gilead para asegurar el suministro del Veklury (nombre comercial del fármaco) a 30.000 pacientes con síntomas graves (Europa Press, 2020p). Es decir, la dosis tendría un costo de 345 euros y el tratamiento completo subiría a 2.100 cuando el precio de coste real de la dosis era de 0,78 euros (un 442% menos que el precio acordado) y el tratamiento no llegaba a los 5-6 euros (un -420%) (Hill *et al.*, 2020). La historia se repetía con Gilead, ¿lo ven?¹⁹⁹

En lo que respecta al segundo caso, a la Hidroxicloroquina, este fue otro medicamento redireccionado que se desarrolló en un principio para tratar la malaria. Por ejemplo, en marzo de 2020 Novartis se comprometió a donar 130 millones de dosis genéricas para apoyar la respuesta a la pandemia (Novartis, 2020). Del mismo modo, los catalanes Laboratorios Rubió, farmacéutica encargada en la fabricación y comercialización del Dolquine (una de las marcas de este fármaco), aseguró disponer de producto suficiente para su abastecimiento y triplicar su producción (Diariofarma, 2020). Un laboratorio que participaría posteriormente en hospitales como el Hospital Clínic de Barcelona con el objetivo de evaluar su eficacia (ISGlobal, 2020).

Al respecto, su uso fue tan habitual que, según datos de un estudio realizado por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), el antiviral más usado fue la Hidroxicloroquina en el 85,6% de las y los 6.424 pacientes con COVID-19 adquirida que fueron objeto de estudio en 109 hospitales del Estado español. Un fármaco al que le siguieron también en un 62,4% el Lopinavir/Ritonavir, destinado al tratamiento y a la prevención del VIH/SIDA (Casas Rojo *et al.*, 2020, p.483).

En cambio, diversos estudios demostraron que los resultados no eran satisfactorios. A finales de abril la EMA advirtió que todavía no se había demostrado su efectividad (Europa Press, 2020j). A su vez, estudios posteriores demostraron que su administración aumentaba el riesgo de arritmias cardíacas (Mercurio *et al.*, 2020). Con estos resultados que los próximos meses generarían más evidencias, la OMS decidió

¹⁹⁹ Puede encontrarse un análisis más profundo sobre el costo y exceso que supuso para cada país europeo en: BARNÉOUD, L. (27 de noviembre, 2020). Covid-19 : comment Gilead a vendu son remdésivir à l'Europe. *lemonde.fr*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/27/covid-19-comment-gilead-a-vendu-son-remdesivir-a-l-europe_6061300_3244.html

suspender los ensayos para el fármaco de su programa *Solidarity Trial*, un gran ensayo clínico internacional que tenía el objetivo de probar la eficacia de tratamientos reorientados a la COVID-19 (Europa Press, 2020m).

Según los principales resultados de este gran ensayo de la OMS que fueron publicados en octubre de 2020, tanto el Remdesivir, el Lopinavir/Ritonavir, la Hidroxicloroquina o el Interferón (recordemos que este último y sus severos efectos secundarios los citamos en el Capítulo 3) “tenían efectos escasos o nulos en la mortalidad general, la iniciación de la respiración mecánica y la duración de la hospitalización en pacientes ingresados” (OMS, 2020d).

Tras lo señalado, resulta ser muy controvertido que la agilización de la burocracia regulatoria haya traído estas consecuencias y estos costes. En suma, aproximándonos a la temática de las vacunas, los problemas aumentan cuando Europa, por ejemplo, acordó asumir los gastos de las vacunas que tuvieran efectos secundarios debido a la celeridad de su investigación y puesta en el mercado. Así, en caso de que una vacuna provocara más daño que bien, las grandes corporaciones estarían blindadas “porque asumen un gran riesgo” (Sánchez, 2020b).

De esta manera, y con este colchón, diferentes compañías ya citadas al inicio de este apartado anunciaron el inicio de ensayos clínicos y, sin ser precavidas, notificaron que estarían disponibles para finales de 2020 o inicios de 2021. Así, una de las primeras vacunas fue la rusa Sputnik V que no fue bien acogida en todos los países. Y como si de un milagro, hito o noticia extraordinaria se tratase, a principios de noviembre se notificó la eficacia de la vacuna de Pfizer-BioNTech en un 90%. Convirtiéndose los próximos días en una competencia o una carrera donde las y los rusos respondieron con una eficacia del 92%, Moderna con un 94,5%, unos días después Pfizer-BioNTech lo subió al 95%, AstraZeneca-Oxford lo estableció en un 70% o las y los rusos volvieron a subir el Sputnik V al 95% (Rejón y Plaza, 2020).

Unas noticias esperanzadoras que todas y todos esperábamos para darle solución a la “nueva normalidad”. Una situación que recuerda a la experiencia de las y los afectados de hepatitis C cuando recibieron la noticia del Sovaldi y su eficacia superior al 90%. No obstante, estos datos (que en la mayoría de los casos no venían acompañados por *papers* o información específica, tan solo notas de prensa) generaron que las acciones de muchas corporaciones subieran o que al poco tiempo consejeros delegados como Albert Bourla, de Pfizer, vendiera el 62% de sus acciones por 5,6 millones de dólares (SJR y JGI, 2020).

Ninguna novedad si recordamos lo señalado en el apartado del *poder económico* (página 262) donde el impulso y la apuesta por la *financiarización* llegó incluso a empresas que no se dedicaban en el sector como la Industria Farmacéutica. El ejemplo de Pfizer es uno más de la dirección centrada en la propia rentabilidad que en aquello que se puede conseguir con lo producido, en este caso, las vacunas.

En suma, aunque retomaremos el debate en próximas páginas, los argumentos para justificar la compra por parte de la Comisión Europea de estas vacunas, aún sin datos contratables o probados, se basaron en los siguientes motivos según César Hernández (jefe de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS):

La estrategia que decidió la UE en junio es la que han seguido muchos países: anticiparse y colaborar para que las vacunas se puedan desarrollar. [...] El acuerdo se podría haber podido firmar sin estos resultados, porque lo que trata la UE y el resto de países y organizaciones es anticiparse, y poder empezar a trabajar con la vacunación una vez los datos avalen. Por eso se llaman acuerdos de compra anticipada, [...] (Remacha, 2020)

Hernández añade que la Comisión Europea paga porque “los precios que se ponen encima de la mesa son aceptables” y porque “lo que se está negociando son precios que están muy por debajo de lo que se hace habitualmente con otras vacunas, y muy en el entorno del precio de coste” (Remacha, 2020)²⁰⁰. Una afirmación que no es para nada cierta y puede ser contrastada con el ejemplo del precio de coste y de venta de la vacuna Pfizer-BioNTech, la principal apuesta de la UE.

Según un par de estudios realizados a finales de 2020 y comienzos de 2021 (Zoltán *et al.*, 2020; 2021), el coste de producción de la vacuna era de 0,61 dólares. Una cifra que como recuerda Lamata Cotanda (2020d) con los costes de investigación, la resta de la inversión pública, la suma del coste del equipamiento, la preparación de los viales y el empaquetado o el coste de distribución y administración, más un 5% de beneficio industrial, este aumentaría a 0,83 dólares (alrededor de 0,68 euros).

Una cantidad muy inferior al precio acordado en un principio por la Comisión Europea que, según la filtración de la entonces ministra belga Eva De Bleeker a través de un *tweet*, correspondía a la vacuna de Pfizer-BioNTech de un precio de 12 euros por dosis (Boseley, 2020). En este sentido, el sobreprecio era de un 1,765%, un porcentaje que multiplicado por la compra de millones de dosis implicaba, como consecuencia, millones de euros de exceso (Lamata Cotanda, 2020d).

Toda una situación que se vio empeorada a través del veto de la UE hacia AstraZeneca por las múltiples demoras con la distribución de su vacuna²⁰¹. Pfizer se aprovechó de la situación y aumentó el precio de su dosis (que en enero era de 15,5 euros) a 19,5 euros por dosis (Negrete, 2021). Una cantidad que se obtiene dividiendo los 35.100 millones de euros pagados por la UE en su reciente nuevo contrato (a fecha de junio de 2021) por 1.800 millones de dosis. Es decir, 33.300 millones de euros de exceso si somos generosas y generosos y damos a cada vacuna un precio de coste de 1 euro, es decir, un precio total de 1.800 millones de euros (Lamata Cotanda, 2021).

Nuevamente, al igual que ocurriera con el Sovaldi y el 1.000% de sobreprecio, el exceso de la administración pública sigue siendo considerable. Un exceso que presumiblemente, pudo y podría invertirse en otros aspectos que revirtieran los recortes y el austericidio que presumiblemente vuelvan en un futuro cercano.

²⁰⁰ Mismas palabras que defendía la Federación Internacional de la Industria Farmacéutica (IFPMA), donde se incluye Farmaindustria (la patronal española), reafirmando que los tratamientos serán asequibles y equitativos. FARMAINDUSTRIA (28 de abril, 2020). La industria farmacéutica reafirma que el acceso a los tratamientos contra el coronavirus será asequible y equitativo en todo el mundo. *farmaindustria.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.farmaindustria.es/web/otra-noticia/la-industria-farmaceutica-reafirma-que-el-acceso-a-los-tratamientos-contra-el-coronavirus-sera-asequible-y-equitativo-en-todo-el-mundo/>

²⁰¹ Una situación llevaba a los juzgados por la UE donde la corporación farmacéutica podría ser condenada a pagar multas multimillonarias. INFOSALUS (26 de mayo, 2021). La UE pide multas millonarias para forzar a AstraZeneca a acelerar la entrega de dosis a los países. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-ue-pide-multas-millonarias-forzar-astrazeneca-acelerar-entrega-dosis-paises-20210526171759.html>

7.2.2. La exclusión en el acceso a las vacunas

En esta tesis hemos intentado describir la violencia estructural de la exclusión farmacéutica destacando cómo afecta y repercute en la satisfacción de las necesidades de las personas afectadas y en la propia vida de todo el conjunto de la sociedad. Un daño y un impacto que es alimentado, en parte, por el deterioro y la mercantilización de la salud y el monopolio que existe detrás de los medicamentos. Un marco que forma parte, en su conjunto, de un conglomerado de estrategias, acciones, actores y discursos globales que responden a aquello que hemos denominado *lógica del capital*.

Con las vacunas para hacer frente al virus de la COVID-19 ha ocurrido lo mismo. No hay novedad, salvo que este problema es muchísimo más explícito. Así, en la misma línea, con las primeras inversiones y los acuerdos con la Industria Farmacéutica, en 2020 se denunció que los países más ricos acaparaban más de la mitad de las futuras dosis (Gutiérrez y Ordaz, 2020).

Una situación de desigualdad que tras los meses posteriores y en 2021 parece haberse confirmado. Así, tal y como Judith Butler vaticinó, son los más ricos quienes se benefician de la vacuna, aun suponiendo que ello implique que muy pocos tengan acceso y muchos más vivan en una mayor precariedad:

La desigualdad social y económica asegurará que el virus discrimine. El virus por sí solo no discrimina, pero los humanos seguramente lo hacemos, modelados como estamos por los poderes entrelazados del nacionalismo, el racismo, la xenofobia y el capitalismo. Es probable que en el próximo año seamos testigos de un escenario doloroso en el que algunas criaturas humanas afirmarán su derecho a vivir a expensas de otros, volviendo a inscribir la distinción espuria entre vidas dolorosas e ingratas, es decir, aquellos quienes a toda costa serán protegidos de la muerte y esas vidas que se considera que no vale la pena que sean protegidas de la enfermedad y la muerte. (Butler, 2020, p.62)

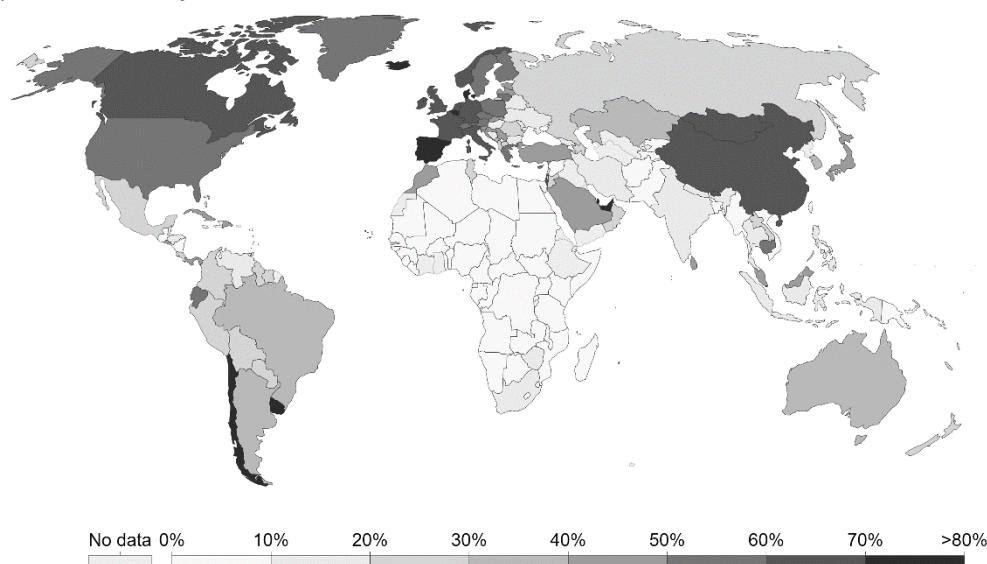
Si traemos de vuelta la magnitud a nivel global de la exclusión farmacéutica (apartado 2.3. *Magnitud y realidades del acceso a medicamentos esenciales*), denunciábamos que la desigualdad entre los países del Norte y del Sur era muy representativa, siendo estas barreras un problema que padecían más del 50% de la población en regiones como África y Asia (OMS, 2001, pp.13-14). Una diferencia que también se vio reflejada con la distancia en el gasto entre los países más ricos y más pobres (400 dólares de media frente a 4) o que tan solo un 15% de la población consumía el 90% de la producción farmacéutica mundial (OMS, 2004b, p.2).

Pues bien, con la cuestión de las vacunas, específicamente estas que están centradas en el virus de la COVID-19, las diferencias vuelven a ser representativas. Por ejemplo, a través de las compras anticipadas realizadas en 2020 y con los datos de septiembre, un 51% de las dosis ya estaban reservadas para los países más ricos, unas regiones que representan el 13% de la población mundial (Oxfam International, 2020). Unos datos parecidos a los reflejados por So y Woo (2020) donde más de la mitad de las dosis ya estaban destinadas en noviembre a tan solo el 14% de la población. Un dato al que se añadiría que una quinta parte de la población mundial no tendría acceso hasta el año 2022.

Una diferencia que visualmente puede verse representada en una imagen donde se muestra la proporción de la población vacunada al menos con una dosis a fecha del 8 de septiembre de 2021 (Figura 10) y refleja la tendencia descrita por Oxfam International (2021) donde se denuncia que con la tasa de vacunación actual, los países con ingresos

más bajos tendrían que esperar 57 años para vacunar a toda su población; la población de los países que conforman el G7 (Alemania, Canadá, EE. UU., Francia, Italia, Japón, Reino Unido) tiene 77 veces más de probabilidad de recibir una vacuna que la ciudadanía de estos países; o que de las 1.774 millones de dosis administradas a fecha de junio de 2021, un 28% ha correspondido a los países del G7 mientras que solo un 0,3% se han destinado a los países más pobres.

Figura 10. Proporción de personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna COVID-19 a nivel mundial a fecha del 8 de septiembre de 2021



Fuente: OUR WORLD IN DATA (2021). Statistics and Research: Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. ourworldindata.org. Recuperado el 8 de septiembre de 2021 de: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

En estos términos, se demuestra que las vacunas se han *nacionalizado* y ha regido un argumento central que dicta “primero mi país” y olvida o ignora lo que ocurre fuera del propio marco del Estado (Bernal e Iráizoz, 2021, pp.16-17). Un egoísmo e individualismo que abordaremos con el debate de la suspensión de patentes, pero puede representarse, por ejemplo, con las exportaciones de vacunas realizadas el primer trimestre por la UE.

Según datos publicados por Tena (2021), la UE exportó más vacunas a países ricos que a países pobres. Desde enero a marzo se exportaron 43 millones de vacunas a 33 destinos diferentes donde los principales beneficiarios fueron Reino Unido (10,9 millones), Canadá (6,6 millones) o Japón (5,5 millones). Mientras que 32 millones fueron enviados a 55 países incluidos en el ya citado programa COVAX.

Una situación que, en la línea del mencionado “genocidio por goteo” o la denuncia de las violencias estructurales, ha llevado a Winnie Byanyima (directora ejecutiva de ONUSIDA y secretaria general Adjunta de las Naciones Unidas) a afirmar, en un artículo publicado originalmente en *The Guardian*, que “estamos ante un apartheid mundial de las vacunas” (Byanyima, 2021)²⁰². Unas barreras en el acceso a las vacunas que alargan

²⁰² Misma interpretación puede encontrarse en: BENACH, J. (26 de mayo, 2021). El “apartheid” vacunal en un espejo del capitalismo neoliberal. [ctxt.es](https://ctxt.es/es/20210501/Firmas/36123/apartheid-vacunas-covid-capitalismo-Joan-Benach.htm). recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://ctxt.es/es/20210501/Firmas/36123/apartheid-vacunas-covid-capitalismo-Joan-Benach.htm>

el sufrimiento de millones de personas y causan muertes que podrían ser evitables con estos fármacos esenciales, salvavidas.

Por ejemplo, Byanyima cita la situación de Sudáfrica y la información publicada por Sullivan (2021) a principios de 2021 donde el país tuvo que desembolsar 2,5 veces más que la UE para adquirir 1,5 millones de dosis de la vacuna de AstraZeneca. Un costo de 5,25 dólares por dosis frente a los 2,16 dólares por los que la adquirió la UE. De esta manera, la desigualdad también queda reflejada en otros términos.

Una serie de ejemplos que no terminan conforme avanzan las semanas y meses y se ven reflejados con las intenciones de algunos países (como Hungría, Alemania o Francia) de administrar una tercera dosis de la vacuna para la alegría de los bolsillos de la Industria Farmacéutica (Güell, 2021). Decisión que desoyó, incluso, la petición de la OMS de retrasarla hasta garantizar el acceso a las dos primeras dosis al resto de países en los que ni siquiera han llegado a acceder a una primera (De Miguel, 2021).

7.2.3. Dilemas del sistema de protección intelectual y patentes

Llegadas y llegados a este punto, si nos preguntamos qué hay detrás de esta exclusión, la respuesta se da sola: el máximo lucro y beneficio posible. Por ejemplo, a finales de noviembre de 2020 se estimaba que la Industria Farmacéutica, según las y los analistas de Morgan Stanley y Credit Suisse, lograrían un beneficio para 2021 de 10.000 millones de dólares (Kollewe, 2020). Una cifra que con los sobrepagos y los múltiples contratos, se ha sobrepasado e incluso, solo una gran corporación, la ya citada Pfizer, aspira a ganar en 2021 según sus cálculos, 26.000 millones, aumentando incluso la estimación previa que realizaron en un principio de 15.000 millones (Asgari, 2021).

En este sentido, todo vale para llegar a estos objetivos. La estrategia de los sobrepagos, por ejemplo, a la hora de reflejarse en contratos que no son transparentes se vuelven en objeto de especulación. Por esta razón, puede ser que todas estas cifras no sean las correctas y, por ejemplo, el precio de cada dosis sea superior o suponga ciertos límites o condiciones en su compra. Por ejemplo, AstraZeneca anunció que suministraría la vacuna sin ánimo de lucro. Sin embargo, en un acuerdo con la Fundación Brasileira Fiocruz, se pudo conocer una cláusula que permite solicitar un determinado precio a partir de julio de 2021 (t Hoen, 2020).

Unas condiciones y una falta de transparencia que también se vio reflejada cuando la Comisión Europea hizo “público” a comienzos de 2021 su contrato con CureVac (Álvarez Barba, 2021), con la ya mencionada AstraZeneca (Gil, 2021) o con Sanofi-GSK (Europa Press, 2021). Y decimos que lo hizo “público” porque cierta información (en algunos casos páginas enteras) estaba tachada y era ilegible.

A esta situación se le añade el contexto del monopolio y la protección del conocimiento sobre las vacunas y sus diversos procedimientos a base de patentes. En una entrevista realizada a Fernando Lamata (conocedor de la temática y mencionado constantemente en este trabajo), le preguntaron acerca de cuál era la vacuna en la que depositaba mayores esperanzas. A lo que respondió:

Es que... Mi abordaje de las vacunas es otro. No va por ahí. [...] Habría que enfrentar la pandemia como un problema global y buscar solución global, poniendo en común todas nuestras capacidades, como se ha hecho con el estudio del genoma humano. Eso garantiza que el resultado sería un producto comercializable libre de patente, con licencia abierta, para producir el genérico en fábricas de todo el mundo. (Munárriz, 2020)

¿No sería necesaria una *solución global* para un problema global como esta pandemia (que siempre lleva consigo el apellido de “aquella que nos afecta a todas y todos”)? Como sostiene Lamata, ¿por qué se han decidido realizar cientos de ensayos para la vacuna y no solo seis, ocho o diez dirigidos por equipos de investigación coordinados internacionalmente? El debate en torno a las patentes vuelve a abrirse.

De esta manera, al igual que ocurriera a finales de los 90 y comienzos del nuevo siglo con el *Acuerdo sobre los ADPIC*, el 15 y 16 de octubre de 2020 se debatió en el Consejo del ADPIC una propuesta presentada por países como India o Sudáfrica (dos países que, recordemos, representan junto a la movilización social, los principales actores en el impulso del reconocimiento de la garantía del DAME) que planteaba la necesidad de suspender la protección de la propiedad intelectual hasta que la vacuna estuviera generalizada a nivel mundial y la población fuera inmune (OMC, 2020)²⁰³.

Concretamente, la propuesta presentada pretendía aplicar lo recogido en el artículo 31.b del *Acuerdo sobre los ADPIC* (trabajado en el apartado 5.1.3. *El Acuerdo sobre los ADPIC*) que posibilita a los países el uso o la exención de cierta materia patentada en casos de emergencia nacional, circunstancias de extrema urgencia o casos de uso público no comercial. En este sentido, solicitaron la exención para las secciones 1 (derechos de autor y conexos), 4 (modelos industriales), 5 (patentes) y 7 (protección de la información no divulgada) de la Parte II del Acuerdo.

Las distintas votaciones (desde la primera de octubre a las siguientes de noviembre, diciembre, febrero, etc.) contaron con el rechazo de los países más ricos como EE. UU., Suiza, Noruega, Australia, Canadá, Japón, Reino Unido y la Brasil de Bolsonaro. Mientras que fue recibiendo el apoyo de Tanzania, el Grupo Africano, Chad, Bangladesh, Sri Lanka, Pakistán, Nepal, Argentina, Venezuela, Honduras, Nicaragua, Egipto, Túnez, Mali, Mauritania, Mozambique o Indonesia.

En lo que a nosotras y nosotros nos concierne, el conjunto de países de la UE, en una sola voz, se posicionaron en contra. El argumento principal utilizado, por ejemplo, por el Estado español según la secretaria de Estado de Comercio fue el siguiente:

El Acuerdo ADPIC, junto a los principios incorporados en la declaración de Doha de 2001, es adecuado para responder a los desafíos que plantea la pandemia, en el terreno de la propiedad intelectual, y permite las flexibilidades necesarias a todos los países para la protección de los derechos de propiedad intelectual, incluso en el caso de una emergencia sanitaria, como la actual pandemia de la COVID-19. (Asuar Gallego, 2020)

Unas palabras que si algo hemos aprendido de todo este recorrido sobre la exclusión farmacéutica es que dichas flexibilidades reconocidas fundamentalmente en la *Declaración de Doha* no están suficientemente blindadas. Por ello, este argumento no sirve cuando existen amenazas y presiones por subir aranceles por parte de algunos países, incluso cuando existen otros sistemas de protección como los mecanismos de exclusividad de datos, mercado y comercialización.

²⁰³ Una propuesta que entonces contó con el copatrocinio de Kenia y Eswatini y el respaldo de la sociedad civil (379 firmantes) internacional a través de una carta en la que pedían apoyo para esta exención: VV.AA. (2020). Carta de la sociedad civil apoyando la propuesta de la India y Sudáfrica sobre la exención (*waiver*) de ciertas disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC para la prevención, la contención y el tratamiento de la COVID-19. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <http://www.fadsp.org/documents/2020/CARADELASOCIEDADCIVIL.pdf>

En el fondo, detrás de este rechazo se demuestra el control de los mercados: la idea de que el derecho de monopolio es necesario para que las corporaciones puedan recuperar su inversión o que las vacunas y los medicamentos biológicos son complejos y difíciles de replicar y es necesario para ello la transferencia de tecnología (T Hoen, 2020).

Toda una posición, que meses después fue corroborada por el *Corporate Europe Observatory* (2021), donde pudieron acceder a las actas de distintos grupos de presión con miembros y miembros de la Comisión Europea el 9 de diciembre de 2020, unos días antes de la primera votación del Consejo. Por reflejar el *poder económico* sobre el *político*, tal y como lo citábamos en el capítulo anterior, el cabildeo tuvo su importancia y entre los argumentos de dos de los 25 grupos de presión que tiene la Federación de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (EFPIA)²⁰⁴ se mencionaba lo siguiente: “hay que mantener las patentes en nuestras manos y confiar en nosotros para distribuir las vacunas” [...] “no hay necesidad de medidas extraordinarias. Confía en nosotros”.

En este sentido, frente a la cuestión del no apoyo a la propuesta de Sudáfrica e India, el propio exministro de Sanidad, Salvador Illa, en diciembre de 2020, se posicionó a favor de la nacionalización de la vacunas dejando el acceso de la población más pobre en manos de la solidaridad y la donación de aquellas dosis que sobran:

Una pandemia es un fenómeno mundial y sólo se supera si se supera en todo el mundo. **Nadie quiere dejar atrás a nadie.** Es un ejercicio de justicia y de solidaridad. Y esto España lo tiene claro: estamos por la cooperación y por la solidaridad, igual que Europa. Pero hay varias maneras de ejercer esta solidaridad. Un camino es el que usted apunta. Otro camino es el que está llevando Europa: comprar más dosis, estimular y financiar la fabricación de capacidad productiva en nuestro continente y dejar claro en los contratos que las que no se utilicen van a ser donadas a países en desarrollo. Además, España participa, como muchos otros países, en la iniciativa COVAX.

Hay en el mundo más de 250 proyectos de investigación de vacunas. 11 están en la fase final de ensayos clínicos, y se va a seguir financiando estos proyectos para tener cuantas más vacunas posibles. El esfuerzo de cooperación y la claridad de que las vacunas tienen que llegar a todo el mundo lo tenemos desde el principio. Y el camino que hemos utilizado yo lo veo oportuno. El otro es una iniciativa que tendrá que ser valorada, pero pensamos que este camino es más rápido. [resaltado original] (Asuar y Sánchez, 2020)

Por añadir, y retomando los argumentos a favor de las patentes (que las y los inventores recuperen la inversión y que mucha tecnología es difícil de replicar), la primera se niega cuando una gran proporción de la investigación fue financiada públicamente. En cuanto a la dificultad de transferencia, los organismos internacionales consideraron la propuesta dada por Costa Rica (Presidencia de Costa Rica, 2020) para crear un repositorio en el que datos clínicos, conocimientos técnicos, secretos comerciales o patentes fueran compartidas libremente (Muñoz Tellez, 2020, p.4)²⁰⁵.

²⁰⁴ Un lobby que contó, además, con un presupuesto de 5,5 millones de euros para 2020. CORPORATE EUROPE OBSERVATORY (19 de abril, 2021). Big pharma lobby's self-serving claims block global access to vaccines. *corporateeurope.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://corporateeurope.org/en/2021/04/big-pharma-lobbys-self-serving-claims-block-global-access-vaccines>

²⁰⁵ También respaldada por académicos, académicas y grupos de interés público: BAKER, B. (25 de marzo, 2020). Rationale for Supporting Costa Rica's Proposal for Emergency COVID-19 Technology IP Pool for All Countries. *healthgap.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://healthgap.org/rationale-for-supporting-costa-ricas-proposal-for-emergency-covid-19-technology-ip-pool-for-all-countries/>

Un mecanismo aplicado a estos fines que se dio a conocer como el Fondo Común de Acceso a la Tecnología COVID-19 (C-TAP). En cambio, este se trata de un mecanismo voluntario en el que no estaba asegurada la colaboración de todos los países. Por ello, tal y como deducía Lamata Cotanda, correspondía a un *mecanismo de cooperación blando* al igual que el COVAX (Munárriz, 2020). Otro ejemplo más del ya citado derecho corporativo global, que convierte en “derecho blando” algunas o la mayoría de las acciones vinculadas con y hacia la defensa y garantía de los derechos sociales²⁰⁶.

No obstante, en toda esta cronología, a inicios de mayo EE. UU. mostró su apoyo a la propuesta de Sudáfrica e India. Una decisión que obligó al resto de países opositores a posicionarse y por el cual, el 10 de junio de 2021, consiguió que con 355 votos a favor, 263 en contra y 71 abstenciones, las y los parlamentarios europeos votaran a favor de la exención (Parlamento Europeo, 2021). En dicho articulado, junto a la suspensión, destacamos el reconocimiento de las vacunas como un *bien público* (en oposición a la concepción descrita en el apartado 5.1.2. *Los medicamentos como mercancía*) o la dificultad de aplicación de las flexibilidades (las mismas a las que se apelaba como opción frente a la suspensión de las patentes).

C. Considerando que las vacunas son un ejemplo perfecto en el que las enormes externalidades positivas requieren que se traten como **bienes públicos mundiales** y se suministren gratuitamente; que en los países desarrollados todos los ciudadanos están obteniendo vacunas gratuitas; que desde el punto de vista ético sería inadmisibles que este principio no se aplicara a las personas mucho más pobres que viven en los países en desarrollo; [...]

J. Considerando que muchos países en desarrollo con una capacidad de fabricación insuficiente o inexistente siguen enfrentándose a **una presión política significativa y a dificultades jurídicas que les impiden recurrir a las flexibilidades** existentes en el Acuerdo sobre los ADPIC, en particular el artículo 31, letra a), así como al complejo y largo proceso de importación y exportación de productos farmacéuticos; [...] [resaltado nuestro] (Parlamento Europeo, 2021)

En estos términos, con muchos meses de retraso y millones de muertes a las espaldas puede que la situación cambie y el DAME, en el caso concreto de las vacunas (y en un futuro cercano, al resto de medicamentos esenciales) pueda garantizarse. Una exigencia que precisamente coincide con la Iniciativa Ciudadana Europea *Right2Cure* que defiende que no debe haber beneficio pecuniario con la pandemia, no se deben permitir que las patentes limiten la accesibilidad a las vacunas y tratamientos y la salud pública tiene que anteponerse a los beneficios privados (Right2cure, 2020).

Una vía a la que se añadieron plataformas y organizaciones como la AAJM, la PLAFHC, la Fundación Civio, Salud por Derecho o la Federación de Asociaciones Medicusmundi que antes de la pandemia ya se habían reunido para dar inicio con una Iniciativa Legislativa Popular (ILP) denominada “Medicamentos a un precio justo” que pretendía recabar más de 500.000 para poder ser debatido en el Congreso.

²⁰⁶ En este sentido, sí que es destacable el apoyo del Gobierno español mediante el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) al C-TAP a través de la puesta en disposición de su tecnología de test serológicos. GUTIÉRREZ, I. (28 de mayo, 2021). España estrena la plataforma de la OMS para compartir conocimiento con un test serológico de COVID-19. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/internacional/espana-estrena-plataforma-oms-compartir-conocimiento-test-serologico-covid-19_1_7981406.html

Sin embargo, debido al estado de alarma, el confinamiento y las consecuencias de la pandemia, este fue finalmente retirado. Aun así, queremos traer al texto sus principales exigencias ya que respondían a carencias que se reflejaron desde el deterioro del sistema sanitario en los 90, los casos de la hepatitis C en la época de recortes y austericidio y volvieron a quedar contrastados con este estallido de la COVID-19.

Así, la ILP partía de la necesidad de garantizar y fortalecer los medios para mantener y recuperar la salud. Es decir, respetar el derecho a la protección de la salud recogido en la CE que ha sido ignorado y violado con las políticas privatizadoras o el aumento del gasto farmacéutico del sistema. Por todo ello, la finalidad consistía en “reforzar la capacidad de las administraciones sanitarias para deliberar y fijar precios justos con la máxima transparencia posible, permitiendo el acceso a los tratamientos necesarios” (ILP Medicamentos a un precio justo, 2020).

El Texto Articulado puede ser resumido de esta manera:

Artículo 1. Investigación clínica y formación independiente en el Sistema Nacional de Salud: la adhesión de un artículo 62bis al *RDL 1/2015* que con el título *Investigación y formación clínica independiente del Sistema Nacional de Salud* promueve la creación de una Red de Ensayos Clínicos No Comerciales del SNS, un Fondo de Investigación y Formación Sanitaria del SNS que financie actividades de investigación no comercial y la formación de profesionales o actividades de las asociaciones de pacientes.

Artículo 2. Formación y divulgación sanitaria: la adhesión de un sexto párrafo al artículo 77 del *RDL 1/2015* remarca que la financiación del Fondo de Investigación y Formación pretende garantizar la independencia de las y los profesionales sanitarios. En él se señala que las actividades de divulgación sanitaria promovidas por las asociaciones de pacientes tendrán el fin de promover la cultura científica.

Artículo 3. Fijación de precios de los medicamentos: la modificación del artículo 94.1 del *RDL 1/2015* donde se establece que “la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos utilizará como criterio principal para fijar el precio industrial, los costes de fabricación y de investigación, debidamente acreditados”. A lo que se añade que “los análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario serán tenidos en cuenta a los efectos de aprobar o rechazar la financiación pública del medicamento, pero no para la fijación de precio”.

Artículo 4. Transparencia en la fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios: la adhesión del artículo 94.11 al *RDL 1/2015* donde se establece que el Ministerio competente hará pública y accesible toda la información realizada y debatida en la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (como el orden del día, las actas, la lista de asistentes y asistentas, los documentos aportados por cada producto para debatir su financiación, el resultado de las votaciones o la declaración de posibles conflictos de intereses).

Artículo 5. Transparencia y rendición de cuentas en la adopción de decisiones por las administraciones sanitarias: la adhesión de un párrafo al artículo 7 del *RDL 1/2015* donde se ordena que el Ministerio competente en materia sanitaria dará a conocer la información respecto a la adquisición de medicamentos.

Artículo 6. Publicidad regulada de los pagos a las organizaciones y los profesionales sanitarios: la modificación del artículo 78.4 del *RDL 1/2015* donde se establece que se harán públicas las transferencias como los pagos directos, premios, becas, abonos de viajes o cuotas de inscripción a congresos realizadas por cualquier persona física o jurídica. Así, en actividades de índole científica o entidades asociadas, se tendrán que señalar las fuentes de financiación para evitar posibles conflictos de intereses (ILP Medicamentos a un precio justo, 2020).

Por finalizar, y trayendo a colación la garantía del DAME, con la *Declaración de Doha* de 2001 se inició un proceso de investigación sobre la propiedad intelectual, la innovación y la salud pública. Como indicábamos en la tercera parte de la tesis (apartado 5.1.4. *La preocupación de la OMS en la garantía del DAME*), la CIPIH publicó en 2006 un informe que incluía 60 recomendaciones y destacaba “la necesidad de contar con un mecanismo internacional que permita reforzar a nivel mundial la coordinación y la financiación de las actividades de I+D médicas” (CIPIH, 2006).

Este informe no llegó a una adopción final y por ello se constituyó la IGWG para analizar y proponer qué hacer con las recomendaciones. En 2008 publicaron la GSPOA donde, aparte de tratar el establecimiento de una orden de prioridad en las necesidades de I+D o la transferencia de tecnología, se dio el mandato para examinar el sistema de financiamiento de la I+D a un grupo de trabajo especial (AMS, 2008).

El EWG fue el primer encargado en llevar esta tarea, sin embargo, su informe de 2010 no fue aprobado por la Asamblea (AMS, 2010a). En consecuencia, se constituyó un nuevo grupo, el CEWG, donde en el informe publicado en 2012 recomendaron realizar una *Convención Internacional* para adoptar un instrumento global y vinculante para el I+D (AMS, 2012a).

Aunque la propuesta fue aprobada, esta Convención no llegó a tener futuro. Por este motivo, pese a que ya hayamos adelantado la opinión de Velásquez, es necesario traer de vuelta la propuesta: es el momento de poner esta cuestión sobre la mesa y utilizar aquella capacidad que tiene la OMS de legislar y negociar ese nuevo modelo de I+D (Velásquez, 2020c, p.2).

Además, la pandemia ha demostrado la interdependencia en la producción mundial de medicamentos. Por ejemplo, el 80% de las sustancias activas comercializadas en la UE vienen importadas de China e India. Y en EE. UU., por ser más específicos, China suministraba el 97% de los antibióticos, el 90% de la vitamina C o el 95% del ibuprofeno (Correa, 2020, p.2). Por ello, muchos países han decidido comenzar a desarrollar la producción local de Ingredientes Farmacéuticos Activos (API), llegando incluso a hablar de “soberanía farmacéutica” y “seguridad sanitaria” (Velásquez, 2020b, p. iv)²⁰⁷.

Como resultado, la pandemia puede llegar a favorecer que el interés de los países más ricos por producir localmente los productos farmacéuticos impulse a hacer lo mismo a los países menos ricos e importen API desde China o la India y/o los desarrollen

²⁰⁷ Un tema que también fue tratado por la GSPOA que en, cooperación con la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), presentó un proyecto para “explorar formas de fortalecer la producción local y la transferencia de tecnología en países de ingresos bajos y medianos”. VELÁSQUEZ, G. (2020b). *Re-thinking Global and Local Manufacturing of Medical Products After COVID-19. Research Paper 118*. Ginebra: South Centre. pp.4-5.

nacional y regionalmente (Velásquez, 2020b, p.8). El sector se ha nacionalizado y todos los Estados (que pueden permitírselo) se han mostrado impacientes por asegurar la dosis para su ciudadanía, obviando la existencia de otros países y un problema global. Misma situación que ocurrió con la pandemia de influenza A (H1N1) del virus de la gripe en 2009, donde la mayoría de las vacunas fueron adquiridas por EE. UU., el Estado español, Alemania, Holanda, Suiza, Bélgica, Francia e Italia (Velásquez, 2020b, p.10).

7.3. Direcciones y redirecciones del capitalismo

7.3.1. Un recorrido lleno de declives

Tras hablar sobre la COVID-19 y sus consecuencias, es el momento de resaltar los declives del capitalismo. En estos términos, sostenemos que el capitalismo y su proyecto se encuentran en crisis, pero no en un sentido de secularización que genera que la fe hacia ella se debilite (comprendiendo que el capitalismo es religión como señalaba Walter Benjamin), sino como una *crisis estructural* donde el mantenimiento de las condiciones de acumulación parece que se haya roto o se haya agujereado el saco de la avaricia deteniéndose y obligando al sistema a una nueva reestructuración de los modos de producir, distribuir, consumir, etc. (Tafalla, 2021).

Por volver a recorrer brevemente los sucesos más recientes de los últimos 70 años de capitalismo, definimos con anterioridad que los Treinta Gloriosos o la Edad de Oro del liberalismo embridado entraron en crisis, en parte, cuando no se pudieron mantener las tasas de ganancia. En estos términos, con los idearios fortalecidos y debatidos en el coloquio de Walter Lippmann en 1938 o el MPS en 1947, apareció el neoliberalismo: “la respuesta a un gran fracaso de dimensiones históricas, a saber la incapacidad del capital para mantener tasas de ganancia adecuadas” (Nadal, 2016).

En consecuencia, se buscó aumentar la tasa de explotación de la fuerza de trabajo para recuperar dicha tasa de ganancia. Una dirección que desde la década de los 70 se centró en la desregulación y el desmantelamiento de lo social y aquellos espacios, como el sistema sanitario, que se encontraban bajo la responsabilidad de las instituciones públicas (Nadal, 2016). Un primer ejemplo o laboratorio de estas medidas fue Chile, donde se abrió a la explotación privada de recursos como la madera o la pesca. Toda una dirección que posteriormente fue aplicada en EE. UU. o Reino Unido consiguiendo que la tasa de ganancia aumentara hasta finales del siglo XX.

Hasta estas fechas, por hablar del Estado español, recordamos que el proceso de privatización y mercantilización de la sanidad fue mucho más tardío. Y es que, precisamente tras el franquismo y en la última década del siglo, el Informe Abril de 1991 que no salió adelante fue referencia en el sistema sanitario (junto a las medidas tomadas en Reino Unido) para aplicar los distintos ejemplos que describimos en el Capítulo 4.

En suma, retrocediendo más allá, tuvieron especial repercusión las grandes multinacionales transnacionales (aquellas que en su parte forman el Ibex-35) que se crearon en su mayoría hace un siglo e hicieron fortuna en esferas como la energía eléctrica, la financiación industrial, la construcción de infraestructuras o los hidrocarburos tras la Guerra Civil (Ramiro y González, 2019, p.76).

Una figura de esta época fue Juan March, miembro de la aristocracia financiero-industrial que apoyó y financió la sublevación durante el golpe de Estado y en 1963 era

considerado el hombre más rico del Estado español. En 1916 fundó Trasmediterránea (un grupo naviero) y en 1926 la Banca March que, recordemos, está detrás de la AECC (citada en la página 180) (Ramiro y González, 2019, p.78).

Por comparar con las redirecciones descritas del capital, la proyección de estas multinacionales españolas fue muy parecida. En una primera etapa del franquismo, se apostó por la nacionalización y la compra de activos empresariales, abriéndose las puertas en una segunda etapa a la inversión extranjera a finales de la década de los 50 (Ramiro y González, 2019, p.81). Después, se dio el paso a la globalización neoliberal en las dos últimas décadas del siglo XX, donde el *Tratado de Maastricht* (1992) fortaleció esta deriva y fomentó la privatización y reorganización de varias compañías. En suma, a partir de los 90 los mercados latinoamericanos se liberalizaron y transnacionales españolas como Telefónica, Iberia, Endesa, Repsol, Santander o BBVA entraron y se expandieron (Ramiro y González, 2019, p.100).

No obstante, en este contexto globalizado y recordando las definiciones de *la injusticia estructural*, *la violencia estructural* o *el daño social*, esta internacionalización y deslocalización causó consecuencias como: la destrucción del tejido productivo local; la evasión fiscal; la privatización de los servicios públicos (como el suministro eléctrico); la contaminación del aire, el agua y la tierra; la pérdida de la biodiversidad; el control de los medios de comunicación; o la pérdida de la soberanía (Ramiro y González, 2019, pp.118-119).

En estos términos, siguiendo al hegemón, tras una nueva erosión en la década de los 90, se demostró años después que las inversiones dirigidas a la especulación inmobiliaria y la financiarización podrían acicalar dicha caída pero no detenerla (Nadal, 2016). Así, se dio inicio a una larga depresión que con el estallido de 2007-2008 el sistema neoliberal dio su primer gran aviso de fracaso.

Por este motivo, insistimos, llamamos a estos hechos *estallido* y no *crisis*, ya que la definida *crisis estructural* es ulterior (Figura 11). Una situación que en palabras de Fraser (2020, p.33) es multidimensional y ya se daba en su vertiente ecológica (a través del agotamiento de los recursos y la destrucción de la biosfera), en su vertiente financiera (con la dirección o la apuesta de la Economía por los títulos y valores) o en su vertiente social o de reproducción social donde, más allá de la reivindicación de los cuidados, la estadounidense pone la mirada en la satisfacción de las capacidades humanas²⁰⁸.

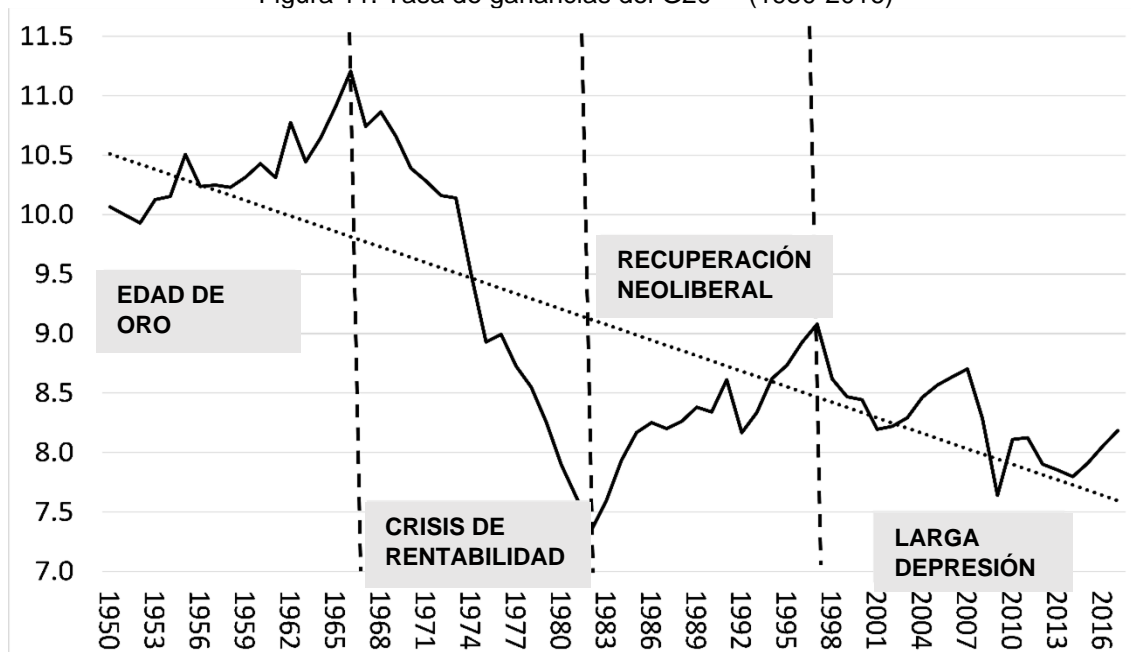
En este sentido, en el Estado español el sector inmobiliario-turístico-financiero que lideró el sistema durante las dos décadas anteriores, vio paralizado su crecimiento económico y muchas constructoras, inmobiliarias y bancos entraron en deuda (Ramiro y González, 2019, p.127). Ante esta situación, los diferentes gobiernos “se emplearon a fondo” en sacar a flote a estas compañías y en 2010 se recortaron 15.000 millones de euros en gasto público, aumentándose a 65.000 con el nuevo Gobierno en 2012.

De este modo, mientras se reformó la CE en 2011 y su artículo 135 (anteponiendo el nuevo concepto de “estabilidad presupuestaria” y el pago de la deuda frente a cualquier otro gasto público), se emplearon 64.349 millones de euros para rescatar principalmente a multinacionales como Bankia, BBVA, Novagalicia, Caixabank y Sabadell (Ramiro y

²⁰⁸ Tesis defendida por Sen y Nussbaum como alternativa a las tesis igualitaristas de John Rawls ya descritas en el apartado 2.1.1. *La deriva neoliberal del concepto de la salud* de este trabajo.

González, 2019, p.128)²⁰⁹. Esta situación reflejó la posición del Estado y su relación con el ideario del capital. Sin irnos a otros ejemplos, el caso de la hepatitis C en Galicia es una muestra donde, como hemos podido comprobar, la Industria Farmacéutica establece el precio y el Estado es el que decide gastar o no gastar.

Figura 11. Tasa de ganancias del G20²¹⁰ (1950-2016)



Fuente: traducción propia basada en ROBERTS, M. (25 de julio, 2020). A world tax of profit: a new approach. *thenextrecession.wordpress.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://thenextrecession.wordpress.com/2020/07/25/a-world-rate-of-profit-a-new-approach/>

Como recuerda Jiménez Franco (2020, p.70), este tan solo fue un primer gran aviso que con la última pandemia ha terminado por reflejar un colapso económico mayor. Con el estallido de 2019 se ha evidenciado una crisis que lleva ya bastantes décadas en la sombra. Y es que, pese a que la crisis pueda interpretarse como algo pasajero o temporal, como venimos sosteniendo desde el comienzo, estas pueden ser estables, una estabilidad de peligro donde la reproducción del capital se ve amenazada e invita a reinventarse al sistema (Harvey, 2014, p.19).

En consecuencia, los interrogantes que aún no tienen respuestas concretas y merecen ser planteadas (obviamente, no profundizaremos en ellas, pero sí que las citaremos para que puedan suscitar cierto interés) son: ¿hacia dónde se dirige esta lógica capitalista que parece que ha dado por finalizado su vertiente globalizada y neoliberal? ¿nos encontramos verdaderamente en un *interregno*²¹¹ donde lo viejo

²⁰⁹ Mismas multinacionales que tienen relación estrecha con la sanidad privada y las fórmulas privatizadoras del sistema público donde se calcula que tan solo se han recuperado 5.150 millones de euros (un 8%) de este rescate.

²¹⁰ Grupo compuesto por Alemania, Arabia Saudita, Argentina, Australia, Brasil, Canadá, China, Corea del Sur, Estados Unidos, Francia, India, Indonesia, Italia, Japón, México, Rusia, Reino Unido, Sudáfrica, Turquía y la Unión Europea.

²¹¹ En términos gramscianos, el periodo de la crisis moderna donde “lo viejo muere y lo nuevo no puede nacer”. Es decir, una situación donde no hay una autoridad o un dirigente concreto, “las grandes masas se han apartado de las ideologías tradicionales”, pero no hay capacidad <<<

agoniza (está agotado), pero lo nuevo (un nuevo sentido común) no puede nacer tal y como sostiene Fraser (2021)? ¿qué ha ocurrido verdaderamente tras el gran estallido sanitario y las consecuencias que trajo sobre ciertas formas de vivir²¹²? ¿han vuelto, han desaparecido, han reducido?

7.3.2. Desglobalización, Green New Capital y digitalización

Responder a cada una de estas preguntas sería una tarea inmensa que daría para otras cuantas tesis, en cambio, podemos dar pequeñas pinceladas que conectan con el objeto de estudio de esta investigación. Por ello, resulta de interés comenzar por la disputa hegemónica y la reorientación de la economía política global que parece desplazarse hacia Asia y sitúa a China como nuevo hegemón (Greig, 2021, p.100). No tenemos la intención de profundizar en ello, no es nuestro cometido meternos en cuestiones geopolíticas, aunque sí que queremos incidir en que esta transición venía también de antes y parece que está dando por finalizado el proceso de globalización a favor de una regionalización o fuerte competencia en distintos bloques regionales que pueden representar en su conjunto cierta *desglobalización* (Sánchez, 2021).

Una de las tesis que se da al respecto es que la “fábrica global” donde operaban las empresas transnacionales a través del libre comercio y generaban una situación propicia a materializar las injusticias estructurales, se ha terminado por mutar a una *fábrica regional* que en el globo lo forman tres grandes bloques: 1) el eje EE. UU., Canadá y México; 2) el Indo-Pacífico liderado por China; y 3) la Europa que gira en torno al poder de Alemania. Toda una situación que en cuanto representación de una *crisis estructural*, el capital ha visto indispensable la aplicación de los dispositivos tecnológicos en la reformulación de la producción y el trabajo (Sánchez, 2021).

En consecuencia, ahora más que nunca, se comienza a fomentar este tipo de capitalismo que reemplaza los flujos comerciales de larga distancia por los regionales o busca producir de manera local lo que antes se importaba desde fuera (Rivero Cuadrado, Rubio Rosendo y Speck, 2017). Es decir, la ambición de las élites consiste en que el sector tecnológico saque a la economía global de la crisis, pero también realizar una transición hacia un nuevo modelo económico (Morozov, 2018, p.14).

Por conectar la digitalización con la crisis estructural que ha vuelto a quedar a descubierto con el estallido sanitario, merecen mención las medidas y la dirección tomada por la UE. Un camino conocido como *Green New Deal*, que es una especie de “neokeynesianismo verde” inspirada el *New Deal* de EE. UU., que consistió en un programa de estímulo económico e inversión pública para salir de la denominada Gran Depresión de 1929 y reiniciar “la máquina de acumulación del capital” (Carretero, 2019).

El nombre que ha recibido esta ruta de fondos de recuperación y resiliencia comunitaria es *Next Generation EU*. Un camino que persigue reparar los daños económicos producidos por la pandemia y buscar la acumulación del capital con dos nuevas vías: lo verde y lo digital. Así, con una proyección de 2020 a 2023, tiene como

para construir un nuevo sentido común. GRAMSCI, A. ([1975]1981). *Cuadernos de la cárcel*. Tomo 2. México D.F.: Ediciones Era. p.37.

²¹² Como por ejemplo, los grandes cruceros confinados con miles de turistas, la suspensión de grandes congresos que llenaban los aeropuertos y las ciudades, las restricciones en el uso del transporte aéreo, el fin de la alimentación de animales salvajes, la suspensión de actos deportivos que concentraban grandes aglomeraciones o la reducción del uso del automóvil.

requisitos para las peticiones de los EM que quieran recibir parte de los fondos que al menos un 37% de las inversiones y reformas tienen que estar dirigidas a la neutralidad climática europea de 2050, al menos un 20% a la transición digital y un 10% a la biodiversidad (Scherer, González Briz y Blázquez Sánchez, 2021, pp.3-4).

De esta manera, conectando estos fondos con la inversión que quiere hacerse de ellos, decimos que es la era de un “estado de bienestar paralelo, digital y privatizado” porque se quiere inyectar en proyectos de acumulación que no funcionaron (pero que ahora tienen un nuevo nombre) o en nuevas fuentes de plusvalor (como el de la salud) (Morozov, 2018, p.19). Por ejemplo, en Euskadi, Cancela y Jiménez (2020) desgranar los planes de los jeltzales: casi la mitad de los 10.228 millones que nos corresponderían a las y los vascos se invertirán en multinacionales energéticas y obras de infraestructuras que ya están en marcha.

Por ejemplo, 1.120 millones de euros irían destinados a construir una factoría de baterías de litio; 40 millones al *BAIC-Basque Artificial Intelligence Center*, 40 millones para el Centro Nacional de Emprendimiento situada en la Torre BBVA (donde, recordemos que ha sido adjudicada a la consultora PwC); o 18.77 millones en la “salud del futuro”, la *e-salud* o salud digital con la creación del *Nagusi Intelligence Center*, el *Health Intelligence Center* y el *Osasuntest* (Cancela y Jiménez, 2020).

Por adelantar estas “nuevas vías” dirigidas a la salud las analizaremos a continuación, junto a esta crítica del fortalecimiento de las colaboraciones público-privadas, resulta necesario advertir que estos fondos terminarán por generar deuda pública y medidas de recorte y austeridad. Con ciertos parecidos con lo que sucedió respecto al estallido de 2008 y la crisis posterior que alimentó con las medidas de ajustes estructurales que nuestras necesidades vitales no se vieran adecuadamente satisfechas, todo este recorrido terminará con en el *endeudamiento* (González, Pérez y Scherer, 2020; Scherer, González Briz y Blázquez Sánchez, 2021, p.3).

El Pacto de Estabilidad y Crecimiento europeo suspendido el 23 de marzo de 2020 terminará por ser reactivado tarde o temprano. En este sentido, los EM no podrán superar cierto techo de déficit, por lo que en caso de encontrarse endeudados, las exigencias de las instituciones internacionales volverán a determinar nuestras propias vidas (Scherer, González Briz y Blázquez Sánchez, 2021, p.3).

En conclusión, esta deriva parece evidenciar que el capitalismo no se va a “romper” de momento. Queda otra última bala, una industria 4.0 automatizada y robotizada enfocada en la desmaterialización de la economía que requerirá de trabajadores y trabajadoras bien cualificadas (Rivero Cuadrado, Rubio Rosendo y Speck, 2017). Una vía que a corto plazo puede generar beneficios, pero que a medio-largo plazo “solo puede presentarse como una oportunidad si se invisibilizara la insostenibilidad ecológica del crecimiento económico” (Rivero Cuadrado, Rubio Rosendo y Speck, 2017).

Dicho de otra manera, el último camino del capitalismo ignora la ecoddependencia que parecía que todas y todos habíamos asumido con la pandemia y seguirá adelante hasta que los recursos materiales y energéticos se agoten o se degraden por completo. Una situación a la que se añaden mayores procesos de exclusión, expulsión y desigualdad social (Rivero Cuadrado, Rubio Rosendo y Speck, 2017). Como decimos, una solución, un último intento, que ni siquiera llegará a generar la riqueza que entre los siglos XIX y XX las grandes transnacionales consiguieron (Ramiro y González, 2020, pp.144-145).

7.3.3. La redirección de la salud hacia el 4.0.

¿Cómo te imaginas la salud del futuro?
¿En un gran edificio?
Una consulta ¿serán cuatro paredes?
Una cama de hospital ¿será siempre así? ¿por qué no como tu cama?
Cuando te pongas enfermo irás a que te curen ¿o también vendrán a ti para prevenirlo?
¿Y si solo con mirarte podríamos saber más de ti?
¿Y si las máquinas se pudieran vestir?
Este año, el mundo ha cambiado su idea de la salud.
Y ahora, va a volver a hacerlo. Llega blueU. Un paso más en medicina digital.
(Sanitas, 2020) [transcripción de un spot publicitario]

Con estas palabras que a muchos y muchas se les harán conocidas, se da comienzo a una reorientación del sistema sanitario centrado en las tecnologías y el ámbito digital. Así, en los medios informativos se ha defendido la utilidad de la telemedicina o la teleconsulta o la CPP, donde personalidades como Feijóo continuaron defendiendo el sector privado y pidió que no la demonizaran, incluso llegando a defender la despolitización de la sanidad (Europa Press, 2020o).

No obstante, sin entrar en cuáles podrían ser los beneficios y las mejoras para las “nuevas necesidades” o las necesidades de situaciones “excepcionales” como las producidas por la pandemia, analizar quiénes se encuentran detrás de estos idearios puede ayudar a comprender si realmente se terminará por priorizar “la soberanía tecnológica desde lo público” o verdaderamente, esa priorización no será posible por la concentración de las grandes multinacionales del sector.

La Fundación IDIS (el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad) considera que el futuro de la salud sí que tiene que entenderse en términos de eficacia y efectividad. Por ello, para ser más prácticos, propone que la salud se comprenda de manera holística (mente-cuerpo-espíritu), centrándose así en una curación completa de la persona en lugar de solo algunas partes o síntomas (Fundación IDIS, 2020, p.15).

En esta dirección se nombran: el *Sweatcoin* (aplicación para smartphones que convierte la actividad física en dinero para su consumo); la aseguradora Humana que ofrece a sus clientes y clientas acceso a *coaching* como forma de incentivar un comportamiento saludable; el uso de relojes inteligentes; o el servicio *PillPack* de Amazon que ofrece medicamentos empaquetados por dosis y horas.

Una línea que también defiende la Fundación Instituto Roche (2020, p.3) que aborda el eje de la inteligencia artificial y recuerda que estamos viviéndolo en el presente (con el reconocimiento facial, anuncios específicos en los móviles o navegadores que nos buscan la mejor ruta para llegar a determinado lugar) y que por lo mismo, deberíamos de hacer lo mismo en el sector de la salud:

A través de esta nueva tecnología, se podrá almacenar y procesar todos los datos disponibles en relación con un individuo incluyendo datos relacionados con su entorno y, de este modo, generar información útil basada en sus características individuales, favoreciendo intervenciones médicas preventivas, diagnósticas y terapéuticas más eficaces y seguras, ofreciendo la oportunidad de evitar gastos innecesarios y contribuyendo a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. (Fundación Instituto Roche, 2020, p.4)

Por ello, se intenta apostar por este camino porque puede que traiga o favorezca una serie de innovaciones como: el fenotipado preciso o estratificación de la enfermedad; el

descubrimiento de biomarcadores y reposicionamiento de fármacos; el tratamiento personalizado; la identificación de patrones o la predicción de riesgos a través de redes sociales (Fundación Instituto Roche, 2020, p.5)

A su vez, el ya conocido Club Gertech (compuesto por gerentes sanitarios, altos cargos o SEDISA y con el apoyo de la Universidad de Navarra, el Instituto Carlos III o Medtronic, Philips o Roche) publicó en 2020 un *ebook* titulado *El cambio del Cambio* donde distintos expertos, expertas, gestores, gestoras, tecnólogas y tecnólogos dan una serie de propuestas para mejorar la gestión sanitaria. Un contenido de interés ya que los planes de recuperación responden en parte a esta reestructuración.

Por destacar algunos de ellos, el gerente del Hospital Sant Joan de Deu (Barcelona) y el entonces vicepresidente de la Societat Catalana de Gestió Sanitaria, Manel del Castillo, se posiciona en contra de que las instituciones sanitarias no tengan personalidad jurídica. Así, alegando que el papel del Estado ha cambiado, considera que el sistema sanitario se tiene que fundamentar en un modelo de gestión empresarial y no en uno administrativo que se basa en el cumplimiento de normas y cierta seguridad jurídica (Tabla 23) (Del Castillo, 2020, p.17).

Tabla 23. Principales diferencias entre los modelos de gestión pública

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Años 70	GESTIÓN EMPRESARIAL S. XXI
Papel administraciones públicas	Dictar leyes y normas	Prestar servicios
Gasto público	30% del PIB	50% del PIB
Modelo de gestión	Cumplimiento de normas	Obtención de resultados
	Seguridad jurídica	Eficacia

Fuente: DEL CASTILLO, M. (2020). Diez propuestas de mejora para el Sistema Nacional de Salud. En, GARCÍA GUAJARDO, J. (Coord.), *El cambio del cambio*, (pp.10-21). Iruñea: Club Gertech. p.17.

Se defiende el paso de una gestión administrativa a una más flexible que sea emprendedora y esté orientada a resultados. En este aspecto, habría que revalorar si las privatizaciones en el sistema sanitario que han sido aplicadas “se volverán en la norma”, por así decirlo, mediante el fin de la eficiencia y la transformación empresarial de los hospitales públicos.

Por otro lado, la gerente de Galaria y ex conselleira de Sanidad de la Xunta (ya conocida por el caso de la hepatitis C en Galicia), Rocío Mosquera Álvarez, refuerza la idea que da título a la obra: el cambio o la reconfiguración de un cambio que ya estaba en marcha en el sistema sanitario que no era más que aquél que inició el Informe Abril y posibilitó realizar el estallido de 2008. Sin embargo, como ella recuerda, pocas CCAA lo cumplieron (como Galicia) y la situación actual del SNS se debe a que no se realizaron dichos cambios en todos los lugares (Mosquera Álvarez, 2020, p.57).

La implementación de lo que hemos llamado “deterioro, privatización y mercantilización” es la solución a los problemas relativos a la sanidad, según la gerente. Por ejemplo, aparte de defender el sistema de copagos o debatir si todo producto sanitario debe ser automáticamente financiado por el SNS, su posición es la siguiente:

No podemos seguir paralizados por el análisis y es preciso tomar decisiones en asuntos concretos como la financiación de las CCAA para corregir la disparidad actual de la financiación por habitante entre los diferentes territorios autonómicos; la actualización siempre pendiente de la cartera de servicios del SNS, **definiendo una cartera básica que garantice la atención de los pacientes más vulnerables, con la posibilidad de establecer una cartera complementaria con aportación de los usuarios (el todo gratis no funciona)**, con la introducción de criterios de eficiencia y equidad, para las indicaciones y estableciendo los grupos de personas que más se pueden **beneficiar** de las mismas. (Mosquera Álvarez, 2020, p.58)

A tenor de lo dicho, la gerente contempla, en términos libertarios, muy semejantes a los de Engelhardt, Buchanan, Epstein o Sade, que el derecho a la salud está relativamente limitado y que bajo los derechos de la libertad y propiedad, la asistencia sanitaria pública tan solo puede entenderse en términos de beneficencia. Las patologías y afecciones son fruto de una “lotería natural” y hacerles frente o curarlas depende de decisiones del propio individuo (y también de su propio nivel socioeconómico).

Del mismo modo, la gerente apuesta por la transformación del sistema hacia uno digital, ágil, flexible y con capacidad de gestión y liderazgo que haga frente a los problemas de esa gestión administrativa (Mosquera Álvarez, 2020, p.58). Mismo posicionamiento que se defiende a lo largo de las otras intervenciones del libro donde se apuesta por la *e-salud*, el *big data* o la inteligencia artificial que representan esta 4RI.

Al respecto, se señala que este nuevo modelo de gestión empresarial se construye para y con los pacientes; que son las personas las que crean el nuevo modelo y no las normas, siendo representativo el término de anarcocapitalismo (que también ha sido utilizado para definir las ideas libertarias) se intenta hacernos creer que el cambio se hará de la mano del paciente (o más bien de la o el cliente).

Por si fuera poco, cabe destacar la defensa del entonces presidente de la *Societat Catalana de Gestió Sanitària* y secretario general de SEDISA, Pere Vallribera, que apuesta por modificar el modelo laboral funcional por que la situación de la pandemia ha provocado que “se haya desaparecido la burocracia y las rigideces laborales y de gestión propia de los modelos organizativos decimonónicos y los procedimientos eternos para ejecutar decisiones urgentes” (2020, p.107).

Ante lo dicho, está por ver si queremos o no vivir en la excepcionalidad. Tener un sistema sanitario que cambie hacia modelos, técnicas y soluciones que se han tomado porque el carácter de urgencia así lo pedía o partir de las carencias del sistema y darles una solución sostenible (en términos de vida y medio ambiente).

Por profundizar especialmente en las tecnologías médicas (también conocidas como *MedTech*), son conocidos los controvertidos casos que ocurrieron con los respiradores N95 y demás EPIs para proteger a las y los trabajadores sanitarios del virus, ventiladores que ayudaran a respirar a las y los afectados o con los materiales de prueba de la COVID-19 (Valiani, 2020, p.1).

Pues bien, se puede decir que en esta materia tecnológica existe un gran dominio monopolístico. Como calcula Valiani (2020, p.3), en 1999, 733 de las 5.998 empresas de tecnología médica de EE. UU. llegaron a representar el 80% de las ventas totales. Hoy, el número total de empresas se ha concentrado y ha bajado a 1.083, lo que refleja mayor poder de mercado. Según datos mundiales de 2017, las 20 principales empresas controlaban el 54,8% del mercado (Tabla 24) (Valiani, 2020, p.3).

Por si fuera poco, figuran en la lista Fortune 500 de las empresas con más desempeño en EE. UU.: Johnson & Johnson (puesto n.º36), General Electric (n.º38), Abbott Laboratories (n.º89), 3M (n.º96), Danaher (n.º130), Becton Dickinson (n.º177), Stryker (n.º212), Baxter International (n.º264), Boston Scientific (n.º305) o Zimmer Biomet Holding (n.º414) (Fortune, 2021a). Mientras que en el Global 500 figuraban Abbott Laboratories (n.º393) y Medtronic (n.º408). A los que se añaden (por tener un mercado más amplio como el farmacéutico) Johnson & Johnson (n.º104), Roche (n.º171) o Novartis (n.º225) (Fortune, 2021b).

En conclusión, el sistema del futuro podría funcionar como lo ha hecho durante la pandemia. Por ejemplo, los materiales de prueba, ventiladores y respiradores son tecnologías producidas por estas grandes multinacionales que mediante estrategias de acumulación juegan con nuestra salud. Por poner un caso, Becton Dickinson y Danaher producen reactivos que son necesarios para procesar las pruebas PCR. Sus reactivos están diseñados para funcionar solamente con máquinas de diagnóstico que ellos mismos producen (Valiani, 2020, p.5).

En definitiva, este es un último ejemplo que refleja que *todo* es mercantilizable y que de *todo* se puede obtener un beneficio, siendo representativos el caso de la salud, las prestaciones para protegerla, los medicamentos esenciales (incluidas las vacunas) y en términos más absolutos, nuestras propias vidas.

Tabla 24. Ventas mundiales de tecnología médica en 2017: 20 empresas principales y mercado total

RANKING	COMPAÑÍA	CUOTA DE MERCADO (%)
1	Medtronic (EE. UU.)	7,4
2	Johnson & Johnson (EE. UU.)*	6,6
3	Abbott Laboratories (EE. UU.)	4,0
4	Siemens Healthineers (Alemania)	3,8
5	Philips (Holanda)	3,3
6	Stryker (EE. UU.)	3,1
7	Roche (Suiza)*	3,0
8	Becton Dickinson (EE. UU.)	2,7
9	General Electric (EE. UU.)	2,5
10	Boston Scientific (EE. UU.)	2,2
11	Danaher (EE. UU.)	2,1
12	Zimmer Biomet (EE. UU.)	1,9
13	B. Braun Melsungen (Alemania)	1,9
14	Essilor International (Francia)	1,8
15	Baxter International (EE. UU.)	1,8
16	Novartis (Suiza)*	1,5
17	Olympus (Japón)	1,4
18	3M (EE. UU.)	1,4
19	Terumo (Japón)	1,2
20	Smith & Nephew (Reino Unido)	1,2
TOTAL DE LA CUOTA GLOBAL		54,8

Fuente: EVALUATE (2018). *EvaluateMedTech: World Preview 2018, Outlook to 2024*. Londres: Evaluate Headquarters. pp.10-11.

*Estas compañías figuran también entre las 10 empresas principales en el sector farmacéutico y en la cuota mundial de venta de medicamentos.

7.4. Aproximación a las posibles soluciones en la garantía del DAME y la erradicación de la exclusión farmacéutica

7.4.1. Pasos y propuestas hacia la garantía del DAME

Con la finalidad de darle una conclusión a este trabajo, a continuación propondremos y reflexionaremos en torno a posibles alternativas dirigidas a la garantía del DAME y a la erradicación de nuestro problema de estudio: la exclusión farmacéutica. Así, realizando una aproximación superficial al objeto de estudio, resulta necesario volver a mencionar los principales elementos que la *Observación General n.º14* del CDESC dio al derecho a la salud y, tras lo visto, también podemos dársela al DAME.

Según el punto 12 de dicha Observación, los cuatro elementos centrales son los siguientes: 1) *la disponibilidad* (debe haber una cantidad suficiente de productos farmacéuticos en el lugar de suministro, siendo necesario que se fomente la investigación y el desarrollo); 2) *la accesibilidad* (donde, especialmente en el marco económico, se establece que los precios de los medicamentos deben ser asequibles); 3) *la aceptabilidad* (donde debe regir el respeto hacia la ética médica); y 4) *la calidad* (que los fármacos sean apropiados científica y éticamente).

No obstante, como hemos intentado representar en este trabajo (deteniéndonos especialmente en los dos primeros puntos), hay barreras que impiden que estos medicamentos estén disponibles o sean accesibles para determinada población. Por esta razón, si nos planteáramos qué podemos hacer para reducir la exclusión farmacéutica, dos grandes bloques sobre los que reflexionar serían:

- 1) ¿qué podemos hacer para que la salud no se considere una mercancía? ¿es posible reducir la apuesta por las relaciones público-privadas que en su mayoría se fundamentan en la obtención de beneficios?
- 2) ¿qué podemos hacer para que el sistema de patentes no limite o sea respetuoso la satisfacción de nuestras necesidades vitales? ¿qué podemos hacer para que los medicamentos y las vacunas vuelvan a considerarse un bien social?

Obviamente son unas cuestiones complejas que darían para otra investigación extensa, sin embargo, podemos atrevernos a dar pequeñas respuestas y presentar unos cuantos debates que, aunque dejen muchas cuestiones abiertas, inviten a la reflexión y a la acción por poner nuestras vidas en el centro. En este sentido, partimos reconociendo que en un sistema capitalista como el nuestro no podemos plantearnos el fin de lo privado, de los mercados o de las patentes. Siendo bastantes pesimistas y realistas, consideramos que unas alternativas parciales, proyectadas en un “paso a paso”, pueden marcar una dirección que poco a poco plante cara a la situación actual.

Por comenzar sobre las cuestiones sanitarias o de la salud (1), ¿es posible que se den por finalizadas las vías a favor de las colaboraciones público-privadas? ¿se puede limitar la tendencia a que muchos servicios dependan cada vez menos de lo público y se fundamenten en una gestión empresarial liderada por lo privado? ¿es posible revertir la *deriva institucional* que definíamos en el Capítulo 4? ¿puede darse por finalizado el sistema mixto que reconocía la LGS de 1986? ¿qué podemos hacer para que la salud no siga considerándose una mercancía o un objeto del cual debe obtenerse plusvalía? ¿resulta necesario que se cuestione toda esta reformulación? ¿por qué?

No tenemos respuestas firmes y convincentes que puedan responder a cada una de las preguntas, sin embargo, sin intenciones de generalizar, sí que afirmamos que “lo privado”, al menos en docenas de ejemplos que hemos citado durante estos capítulos, no termina por generar ningún bien en nuestras vidas. Este resultado da para reflexionar. Las relaciones con el sector privado no pueden desaparecer de la noche a la mañana y no todas ellas conllevan consecuencias negativas para nosotras y nosotros. Aun así, sobre los ejemplos citados podemos decir que resulta conveniente que los fines de este funcionamiento sean desplazados de la lógica de la acumulación a la vida.

Por lo tanto, los caminos que pueden dirigirse a este cambio deben partir de nosotros y nosotras mismas. Al menos así lo hemos podido comprobar con una serie de ejemplos que nacen de la movilización social como:

- i) la reivindicación en la crisis del VIH/SIDA de finales de los 90 e inicios del siglo XX de la ciudadanía, organizaciones y países como Sudáfrica, India y Brasil que promovieron el reconocimiento del DAME y la vía de las flexibilidades;
- ii) las protestas del personal sanitario y la ciudadanía frente a la privatización y mercantilización del sistema sanitario como es el caso reciente del intento de cierre del paritorio de Verín;
- iii) la organización y lucha de plataformas como la PGAHC o la PLAFHC para recibir los medicamentos que el Estado no estuvo dispuesto a suministrar por sus excesivos precios en un contexto de recortes; o
- iv) los últimos movimientos en torno a las vacunas contra la COVID-19 que liderados por Sudáfrica e India promueven que las patentes sean suspendidas por una situación de emergencia global.

Esta deriva puede ser detenida si con constantes oposiciones a la lógica indiscutible y visibilizando, informando y haciendo frente a los discursos dominantes, se cierra la ruta que lleva décadas hacia adelante. En este sentido, al igual que se cuestionaron los “medicamentazos” o los copagos, los recortes de personal, las largas listas de espera o la exclusión sanitaria a la población en situación irregular, resulta necesario que se haga lo mismo con las nuevas redirecciones del capital.

Por ejemplo, al final del Capítulo 4 (en el apartado *4.4. Los (no tan) nuevos peligros en la comprensión de la salud y la medicina*), citábamos algunas de las (no tan) nuevas vías tomadas en el sector de la salud y la medicina como la defensa de la biomedicina y las biotecnologías o la medicina genética personalizada. Un paso más hacia el conocimiento sobre nuestros cuerpos que puede resultar beneficioso para padecimientos que desconocemos o responder a problemas que no tienen respuesta.

Aunque aquí viene el “pero”: ¿verdaderamente buscan ese “estado y bienestar completo” definido por la OMS? Es decir, los avances tecnológicos se dirigen a alargar nuestras vidas y eliminar dolores presentes y prevenir aquellos que puedan venir en un futuro o, más bien, responden a una especie de *biopolítica* que permita y favorezca que nuestras vidas dependan más de los intereses de unos pocos. Este debate bioético da para mucho, pero queda claro que es muy peligroso que generalicemos ciertas tendencias (tanto a un lado como al otro).

En lo que respecta al segundo de los bloques y la cuestión del sistema de protección de propiedad intelectual de las patentes (2), nos podríamos hacer las siguientes cuestiones: ¿por qué tenemos que permitir que los medicamentos sean considerados como una mercancía y no un bien social? ¿en qué sentido repercute a nuestras necesidades la concepción social que tenemos hacia los fármacos? ¿el sistema de patentes fomenta que salgan prestaciones innovadoras? ¿hilando con la concepción libertarista, por qué deberíamos de pagar por todos los medicamentos? o es más ¿por qué debemos permitir que paguemos en un SNS que tiene como marco de financiación los PGE y dice ser público, universal, equitativo y gratuito?

En primer término, las primeras sustancias para hacer frente a los padecimientos y los males fueron plantas medicinales o drogas de origen vegetal, animal o mineral. Unos componentes que con Paracelso y la introducción de la química en el siglo XVI dieron forma a lo que hoy conocemos como *medicamentos*. Sin embargo, su producción, distribución y consumo fue transformado por completo en los posteriores siglos. Gracias a avances científicos como la aparición de nuevos fármacos puros (como la cocaína, la heroína o la codeína) o la expansión de su uso en una mayor parte de la población que quería prevenirse, de futuras enfermedades, aun estando sana, la demanda subió.

Como resultado, la fabricación de medicamentos se trasladó de las pequeñas boticas a las fábricas en el siglo XIX. Todo un contexto que dentro de la razón del proyecto modernizador capitalista transformó la concepción de estos compuestos de un bien social a una mercancía que, bajo las interpretaciones de John Locke, se asentó la idea de que cualquier modificación realizada con la labor y el conocimiento de un individuo sobre un bien común y natural debía ser interpretado como una propiedad privada.

Por ello, en el siglo XX, primero a través de ordenamientos nacionales y finalmente con el ya más que citado *Acuerdo sobre los ADPIC* (1994), los fármacos fueron objeto de patentes, limitando legalmente el acceso a una gran mayoría de la población y posibilitando la situación de monopolio de las grandes corporaciones para fijar con libertad los precios o decidir en qué I+D invertir. En este sentido, en vez de favorecer la innovación y la competencia, esta nueva *lex mercatoria* capitalista termina por fomentar la desigualdad y mucho sufrimiento.

Entonces, la cuestión es: ¿qué podemos hacer? Por ejemplo, ya en varias ocasiones hemos citado las flexibilidades o márgenes de libertad que permiten mediante distintos mecanismos fabricar, comprar o importar medicamentos más económicos a los patentados. Una situación que se da en casos de gran emergencia o necesidad como los casos del VIH/SIDA o la hepatitis C citados en el Capítulo 5 (5.3.2. *El papel y las obligaciones de los Estados*).

Esto demuestra que el *Acuerdo sobre los ADPIC* no se autoejecuta y son los propios EM de la OMC los que deben aplicarlo. La decisión de aplicar estas flexibilidades corresponde a los Estados, pero también al contexto en el que puedan encontrarse en caso de ejecutarlas (como las amenazas arancelarias de EE. UU.) o el blindaje extra que tienen algunas patentes (a través de las conocidas *ADPIC plus*).

Por lo tanto, junto a estas dificultades que todavía persisten en la aplicación de flexibilidades, la debilidad de una institución internacional como la OMS debe ser remarcada. Con un nivel de autoridad e incidencia o influencia mínimo y el control por

parte de grandes fundaciones como la de Bill y Melinda Gates (que pronto cambiará de nombre por el divorcio de estos), la garantía del DAME tan solo tiene como referentes a unos pocos países como Sudáfrica o India y a un gran grupo de movimientos, plataformas y asociaciones que luchan por este derecho.

Entre las propuestas dirigidas a garantizar el DAME y reducir el poder monopolístico de las grandes corporaciones para fijar el precio, se ha apostado últimamente, a causa de la pandemia de la COVID-19, por el desarrollo de una industria pública del medicamento. Una solución pública y con intereses comunes que garantice la seguridad de los medicamentos, acabe con los desabastecimientos, reenfoque la investigación (por ejemplo, hacia las enfermedades ignoradas o de escasa rentabilidad), mejore la transparencia y favorezca el control de precios (Sánchez Bayle, 2018).

Al respecto, el único laboratorio farmacéutico público con el que cuenta el Estado español actualmente es el Centro Militar de Farmacia de la Defensa. Con un papel recurrente durante la pandemia del COVID-19²¹³, su experiencia puede ser fundamental para ampliar este recorrido y ofrecer una solución sin intereses de lucro y beneficio en la garantía del DAME.

Sánchez Bayle (2018) considera que la presencia de esta empresa pública puede dar un gran margen a la hora de negociar condiciones y precios con las grandes farmacéuticas. Por ejemplo, menciona el caso del Sovaldi: en el supuesto en el que el Estado español hubiese decidido aplicar alguna flexibilidad por la situación de necesidad pública, no hubiese podido atender a la demanda asistencial porque, tal vez, ninguna otra empresa estaría dispuesta a fabricar y suministrarle los fármacos. Con una empresa pública ese problema no existiría.

No obstante, el debate en torno a esta propuesta ha tenido cierta repercusión y se ha cuestionado si con esta industria pública se podrían hacer frente a todos los factores que determinan la garantía del DAME (como la responsabilidad o la calidad ética y moral) y se pudiera fomentar un acceso equitativo global. Incluso se ha llegado a defender en vez de una “farmacéutica pública”, una “política pública farmacéutica” que también incorpore dentro de sí la investigación de la realidad social (Alonso Ruiz y Díaz, 2021; Torreele, Mazzucato y Lishi Li, 2021).

Por finalizar, tanto los altos precios de muchos medicamentos y las medidas de austericidio posteriores al estallido de 2008 sirvieron de justificación para que el gasto social se redujera y ejemplos como que el gasto farmacéutico incrementara en el bolsillo de miles de familias (como lo reflejamos en la Tabla 16, página 197). Si añadimos a esa situación el exceso que se realiza en la compra de medicamentos porque su precio es muchísimo más elevado al precio del coste, quedan en el aire preguntas como ¿por qué siempre terminan pagando las mismas y los mismos? Al igual que ocurrirá con las vacunas y futuras medidas de recortes, ¿por qué tendremos que pagar las consecuencias de los fondos europeos cuando se está gastando de más?

²¹³ Como la producción de 1.500 litros diarios de gel hidroalcohólico o medicamentos como el paracetamol y la azitromicina. EUROPA PRESS (29 de junio, 2020ñ). Defensa combate el Covid produciendo medicinas, 1.500 litros diarios de gel hidroalcohólico y 5 millones de mascarillas. [europapress.es](https://www.europapress.es/nacional/noticia-defensa-combate-covid-produciendo-medicinas-1500-litros-diarios-gel-hidroalcoholico-millones-mascarillas-20200629144544.htm). Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/nacional/noticia-defensa-combate-covid-produciendo-medicinas-1500-litros-diarios-gel-hidroalcoholico-millones-mascarillas-20200629144544.htm>

7.4.2. La exigibilidad y el posible control a la lógica del capital

En definitiva, las posibles alternativas o soluciones a esta situación son complejas porque estamos hablando de un problema estructural. Si comprendemos el DAME como un derecho emergente, un derecho con una articulación reciente que en las últimas décadas emergió y adquirió reconocimiento, el desarrollo de su garantía y defensa choca en cuanto ha sido blanco de los intereses del capitalismo, una lógica que en la misma línea también ha repercutido en la democracia.

Por ello, cuando nos preguntamos quién está detrás de la exclusión farmacéutica, el debate sobre los deberes, las obligaciones, la responsabilidad y la exigibilidad adquiere importancia. Al final del Capítulo 2 (2.4.4. *Perspectivas dimensionales de la exclusión farmacéutica*) citábamos que en la dimensión jurídica de nuestro objeto de estudio la judicialización es insuficiente para que el acceso pueda ser garantizado. Una posición que en el ámbito penal distintos tribunales vinieron a recordar que como carácter de *ultima ratio*, la exclusión farmacéutica no entraba en los parámetros del principio de legalidad, no eran delitos/crímenes.

En la misma línea, en el Capítulo 1 (1.3.2. *Obligaciones y responsabilidades de los Estados y otros actores*) citábamos las obligaciones de los Estados en torno al derecho a la salud y al DAME dadas por el CDESC o el Relator Especial. Un ámbito al que se añaden también las directrices marcadas por el Relator a las grandes corporaciones farmacéuticas y el rechazo de estas últimas que prefieren “autorregularse” a través de la RSC.

Sin embargo, estas se incumplen cuando, como ya hemos citado, los Estados no aplican las flexibilidades en caso de urgencia y relevante necesidad (el ejemplo actual más significativo es el de las vacunas frente a la COVID-19 que hacíamos mención) o las grandes corporaciones que, a través del monopolio, controlan las distintas etapas de la cadena de medicamentos y anteponen el beneficio económico al beneficio sanitario/vital (puede encontrarse un resumen de dichas acciones u omisiones en el apartado 2.1. *Incumplimientos de las obligaciones y responsabilidades*).

Pues bien, ¿qué hacemos para revertir esta situación? ¿qué se puede hacer para el cumplimiento de los deberes y garantizar los derechos humanos? La apuesta de Silveira Gorski (2017a, 2017b) parte de la concepción de un nuevo poder: *el cuarto poder*. Aquel que tiene la finalidad de proteger lo común y “democratizar la democracia” mediante la creación de nuevas instituciones contrademocráticas y de democracia participativa (Silveira, 2017a, p.1).

La propuesta comienza dejando en evidencia que los principios actuales del estado de derecho son insuficientes para poder caminar en esta dirección. La globalización y el neoliberalismo han afectado al sistema y la división de poderes, el principio de legalidad, el imperio de la ley o la protección de los derechos humanos no bastan para defender la democracia y la soberanía popular (Silveira, 2017a, p.2).

Por poner un ejemplo, cuando hablábamos de los poderes del capital en el Capítulo 6, hacíamos referencia a que el poder legislativo había sucumbido ante el ejecutivo o que este último estaba controlado por las grandes transnacionales (los Mercados), afectando incluso al poder judicial y su posición favorable a la *lex mercatoria*. Tal y como reconoce Silveira, “el poder económico gobierna al poder político y el mercado y las

empresas se apropian de servicios que antes eran públicos, los derechos sociales son vaciados de contenido y las libertades son recortadas” (Silveira, 2017a, p.3)²¹⁴.

Como respuesta, se debate sobre la idea de una esfera pública transnacional que subordine los intereses privados al interés general y a los derechos fundamentales. Sin embargo, Silveira se detiene y profundiza sobre la construcción de esferas públicas “potentes y activas” donde integra su propuesta sobre el *cuarto poder*. De este modo, se propone la reconstrucción de la democracia desde la sociedad civil y los espacios de participación y deliberación (Silveira, 2017a, p.5).

El autor toma suya la propuesta de Pierre Rosanvallon en torno a la denominada “democracia de apropiación”. Una apuesta que parte por abrir más la democracia electoral-participativa con el fin de responder a las necesidades de la comunidad y controlar y obstruir estas prácticas sobre los poderes públicos (Silveira, 2017a, p.26). Es decir, que la ciudadanía se apropie de los asuntos de gobierno de su comunidad en una especie de “régimen mixto” donde se conviva con la representación electoral (Rosanvallon, [2006]2007, p.300). Así, con la creación de nuevas instituciones se podría favorecer la creación de nuevos debates, el establecimiento de nuevas prioridades, la presentación de demandas y necesidades o establecer mecanismos de control (Rosanvallon, [2008]2010, p.289).

Por el contrario, como recuerda Silveira (2017a, pp.28-29), esta posición tiene un límite que la debilita: la democracia de apropiación tan solo se centra en la democratización de los poderes públicos. Por tanto, si habíamos dejado la idea de una esfera pública transnacional de un lado, es el turno de volver a ella, pasando en este caso de Rosanvallon a las tesis de Luigi Ferrajoli.

Con especial atención en la obra que tiene como nombre *La democracia a través de los derechos* (Ferrajoli, [2013]2014) se defiende una transformación de la democracia constitucional del presente para hacer frente a la actual crisis multidimensional. Por ello, siendo el desafío principal la construcción de instituciones que puedan gobernar a los poderes económicos y redireccionarlos hacia los intereses de la comunidad, esta propuesta apuesta por revisar la separación entre la esfera pública y la económica.

Este camino pone la atención sobre “dos grandes lagunas”: 1) que hay grandes corporaciones, multinacionales y transnacionales que no pueden ser controladas por la esfera política; y 2) que en la actualidad los estados de derecho constitucionales no pueden garantizar los derechos sociales (Silveira, 2017b, p.3). Para que esas lagunas puedan ser rellenas y el sistema se amplíe, Ferrajoli aporta dos características:

- a) *La expansión extensional del paradigma constitucional*: una ampliación espacial en la que sea posible regular los poderes privados. A través de un “nuevo constitucionalismo internacional”, los poderes del capital estarían subordinados a la esfera política y a la sociedad civil (Ferrajoli, [2013]2014, pp.171-172).

²¹⁴ Añadiéndose el poder cultural que siguiendo la lógica del Capital, aparte de desmontar el estado social o cambiar las reglas de juego político-económicas, construye un nuevo sujeto fundamentado en los principios de “competitividad”, “responsabilidad” o “espíritu de empresa”. E interioriza por su parte una normalización de la vida que llevan y llevamos y la despreocupación por las actividades de los sectores privados. SILVEIRA, H. (2017a). El cuarto poder y la protección de lo común (I). *Revista Crítica Penal y Poder*, (12), 1-33. pp.13-14.

En este aspecto, para que la esfera política cumpla con su cometido el papel del cuarto poder es indispensable. Justifica su necesaria creación y su labor en la supervisión de que las instituciones protejan los derechos y bienes fundamentales (incluido el DAME) y, a su vez, intenten que los poderes públicos no se vean influenciados por los privados (Silveira, 2017b, p.3).

- b) *El reforzamiento intencional del paradigma constitucional*: por el otro lado, para que los derechos sociales puedan garantizarse, es necesario que las estructuras políticas y de los derechos se vean reforzadas. Para ello, Ferrajoli defiende que se reformule la clásica separación de poderes para conseguir esta garantía y refundar la democracia representativa (b.1). Sumándole una segunda que apueste por establecer nuevas garantías primarias y secundarias a los derechos fundamentales para reforzar la democracia (b.2) (Ferrajoli, [2013]2014, p.146).

Para cumplir con el primer objetivo (b.1), se invita a revisar la separación de poderes e integrarla con otras tres separaciones:

- i) *poderes públicos/poderes económicos*: para que los poderes públicos recuperen su papel en la toma de decisiones se propone la prohibición de los lobbies, de las puertas giratorias o que las sanciones por corrupción sean más severas (Ferrajoli, [2013]2014, pp.185-186).
- ii) *poderes públicos/poderes sociales*: existe una brecha entre los partidos políticos, la ciudadanía y las organizaciones sociales. Para darle una solución, se propone que los partidos que representan a la sociedad civil actúen como mediadores entre el pueblo y las instituciones y no como actores de gestión directa en las instituciones públicas (Ferrajoli, [2013]2014, pp.186-188).
- iii) *instituciones administrativas de gobierno/de garantías*: finalmente, se añade la propuesta de distinguir dentro del poder ejecutivo, unas instituciones de gobierno (dependientes de las funciones que conocemos hasta ahora) y unas de garantía en las administraciones públicas (que actuarían como jueces administrativos y supervisarían que los derechos y las obligaciones se cumplan) (Ferrajoli, [2013]2014, p.189).

Respecto al segundo objetivo (b.2), como recuerda Silveira (2017b, p.12), el italiano propone en su modelo garantista que el estado constitucional debe de cumplir con los principios de estricta legalidad, de plenitud y garantías primarias de los derechos, el de jurisdiccionalidad y garantías secundarias de los derechos y más allá del derecho individual de acción, el de excepcionalidad y extensión.

En definitiva, el *cuarto poder* podría definirse como el conjunto de instituciones que actúan como contrademocracia en el seno del estado de derecho. Instituciones que cuenten con voluntarios y voluntarias de la comunidad como individuos o la sociedad civil y controlen, juzguen o deliberen y presenten propuestas:

El objetivo central del cuarto poder es el disponer y, en consecuencia, institucionalizar un conjunto de instrumentos que permitan proteger mejor el bien común asegurando, al mismo tiempo, que los intereses y las demandas de la sociedad civil son tenidas en cuenta por el resto de los poderes públicos. (Silveira, 2017b, p.16)

Puede que sea necesario un detenimiento más profundo en esta propuesta para poder debatir si esta pudiera ser una adecuada solución hacia el camino que nos queda por recorrer. No obstante, tenemos claro que el camino hacia la 4RI y el *Green New Deal* que el capitalismo quiere tomar (y toma actualmente) no es el más acertado. Y es que, si algo hemos aprendido con este trabajo es que allá donde haya intereses privados el fin (casi) siempre será el lucro por encima de los intereses de la comunidad.

De esta manera, recordando titulares de prensa que afirmaban que la COVID-19 afectaba al sueño, consideramos que es necesario contradecirla (metafóricamente) e imaginar en otro futuro que dependa de lo que somos y queremos ser. Como recuerdan los sucesos de la hepatitis C en Galicia y la PGAHC (y también los de la COVID-19) somos ante todo interdependientes y ecodependientes. Por ello, un gran papel en la solución a la exclusión farmacéutica y a la garantía del DAME la tenemos nosotros y nosotras, forma parte de nuestra responsabilidad porque parece ser que ningún otro organismo se va mostrar dispuesto a realizar grandes cambios.

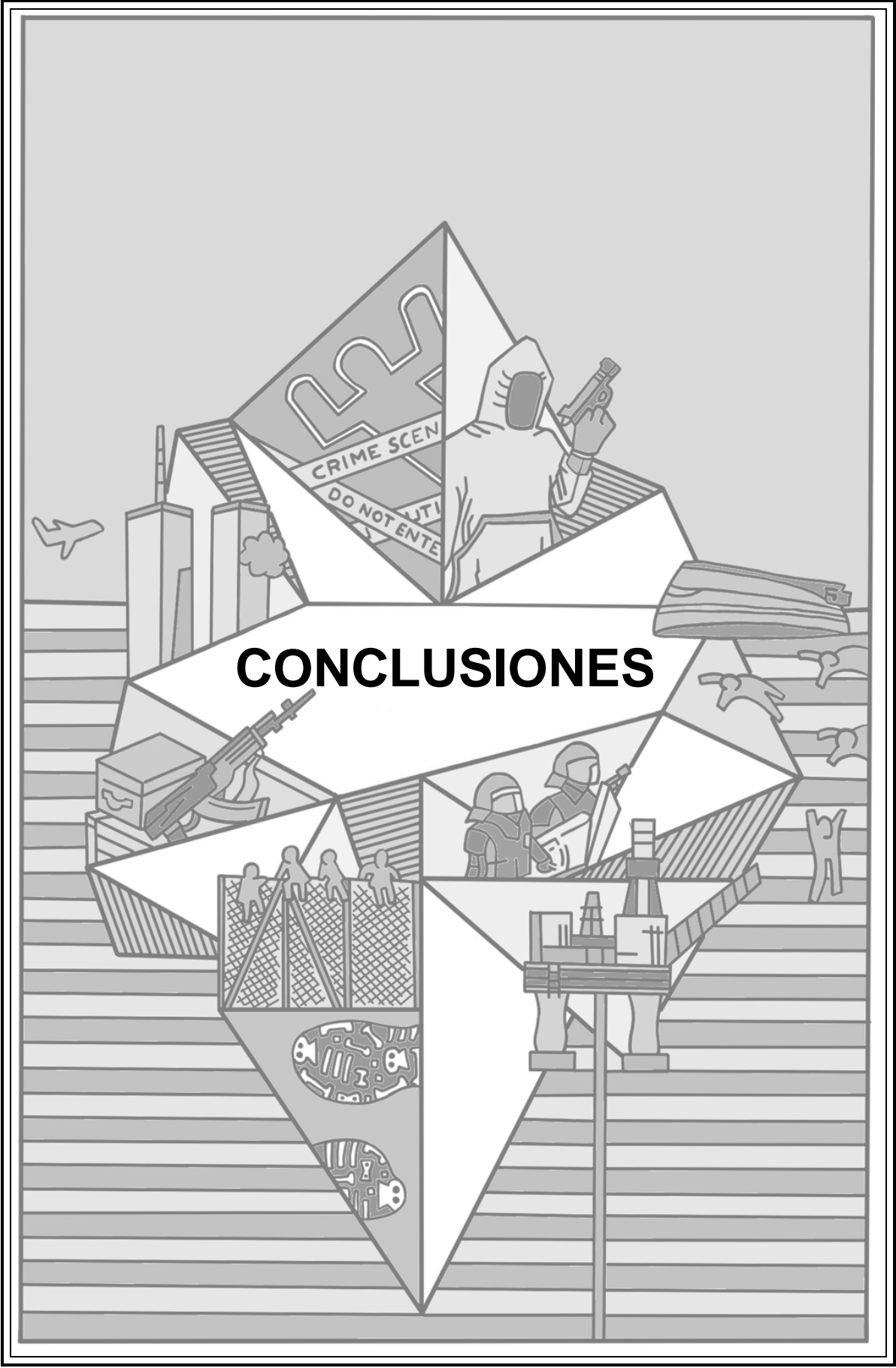
En conclusión, una “democratización de los medicamentos esenciales”²¹⁵ debe partir de comprender el medicamento como un objeto social y no de consumo (precisamente porque salvan vidas). Mismos que habría que alejarlos de los intereses privados en toda la cadena de medicamentos y centrarlos y fomentarlos, a su vez, hacia una respuesta a los intereses y necesidades de la ciudadanía y compartir conocimiento y prestaciones de manera internacional con otros países.

De este modo, con un “cuarto poder” se podría controlar la transparencia de las decisiones tecnocientíficas de los “expertos” y abrir la participación al interés común. Y es que, retomando las definiciones o concepciones dadas sobre la salud, no estamos en un ámbito puro de las ciencias naturales, biológicas y neutras, sino en un marco donde los determinantes sociales y políticos inciden cada día más. Además, esa neutralidad queda relegada cuando los avances médicos sirven a ciertos poderes y cierta población. Algo que ha quedado contrastado, como ejemplo, con las enfermedades raras o ignoradas.

Por recuperar las reflexiones de Hannah Arendt ([2003]2007) o Iris Marion Young (2011; 2005) respecto a la responsabilidad vicaria y asimétrica, para que la *lógica del capital* pueda ser controlada (“erradicarla” son palabras mayores que darían para un camino más profundo), por ejemplo, a través de este *cuarto poder*, resulta necesario que culturalmente, como seres interdependientes y económicamente dependientes, nos responsabilicemos por las injusticias estructurales que ocurren y que nosotros y nosotras, de cierta manera y, en mayor o menor nivel, contribuimos en cuanto banalizamos lo que ocurre, favorecemos que ocurra, facilitamos sus condiciones o simplemente ignoramos.

Con este cometido, ojalá investigaciones como esta (que partan de las experiencias y el daño para sentir, comprender y criticar lo que ocurre) consigan la repercusión que se merecen para que el mundo sea menos egoísta, mecanizado, meritocrático, individualista, ciego y despreocupado.

²¹⁵ Utilizando los mismos términos que Silveira realiza sobre “una democratización de la ciencia”. SILVEIRA GORSKI, H. C. (2008). La legislación biomédica ante la tecnociencia genética. En, SILVEIRA GORSKI, H.C. (Ed.), *El derecho a la biotecnología: estudios sobre la nueva legislación española en biomedicina*, (pp.15-46). Barcelona: Icaria. p.34.



CONCLUSIONES

Tras realizar este estudio no tan convencional en el ámbito de la criminología y sobre una materia tan técnica y poco conocida como la sanitario-farmacéutica, se pretende dar por finalizada la presente tesis con las siguientes conclusiones:

1. En primer lugar, tenemos que reconocer que la positivación jurídica tanto del derecho a la salud como del DAME se debe principalmente a la movilización social ejercida por la ciudadanía que no veía garantizadas ciertas oportunidades para satisfacer sus necesidades vitales tanto en el siglo XIX como en el reciente siglo XX. En este sentido, su reconocimiento se internacionalizó y amplió, pese a englobarse en el marco de los “derechos sociales” y estar, por tanto, relacionados con una concepción “blanda” del derecho.

Por tanto, su garantía como el respeto por los deberes, las responsabilidades o las obligaciones es débil en el sentido que no encajan, a priori, en los intereses de acumulación del proyecto modernizador capitalista, pese a que estos tengan que enmarcarse en términos de obligación positiva (donde es necesario que los Estados intervengan). De esta manera, siendo el pilar el derecho a la salud, como no existen posibilidades que puedan hacer que la administración garantice “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, esta se nombra en el artículo 43.1 de la CE como el derecho a la “protección de la salud” y las obligaciones respecto a ella son *de medio* tal y como remarcaba la doctrina en el Auto de Resolución 20119/2015 del Tribunal Supremo o el Auto 14/2019 del Juzgado de Instrucción Sección tercera de Santiago de Compostela.

Como resultado, pese a que el derecho a la salud y el DAME tengan estrecha vinculación con derechos fundamentales como el derecho a la vida o la integridad física y moral (art.15 de la CE), su garantía sigue siendo limitada. Por ello, puede decirse que el último de ellos se incluye en el DUDHE como *derecho emergente* ya que, junto a los actores o estructuras que repercuten en las formas de garantizar su materialización (como el neoliberalismo, el papel de los Estados en la economía o el sistema de patentes), su reconocimiento y reivindicación ha emergido a través de grandes crisis sanitarias como el del VIH/SIDA o la COVID-19, incluso casos como el que hemos analizado, la hepatitis C.

2. En el mismo sentido, la institucionalización del término de la *salud*, con la ya citada definición de la OMS (1946) de mediados del siglo XX (“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”), parece que haya favorecido un camino hacia la inmortalidad en muchas ocasiones. Con ello no estamos negando que los avances científicos y médicos que han salvado millones de vidas hayan sido necesarios, sino que a ello se añaden metas estáticas que persiguen ese estado y fomentan estilos de vida enfocados en consumir medicamentos.

En definitiva, las grandes tecnológicas y la Industria Farmacéutica tienen el cometido de cumplir con esta deriva. Esto genera una medicalización o exceso de consumo de medicamentos por parte de la ciudadanía, ya que, a través del poder del discurso, se comprende que los medicamentos son la única vía que tenemos para sentirnos *completas* y *completos*. Un proceso al que se suman las nuevas redefiniciones de la enfermedad donde los avances tecnológicos terminan por redefinir tanto nuestro propio ser como nuestra propia corporalidad.

3. En la otra cara del mismo problema se encuentra nuestro objeto de estudio: la *exclusión farmacéutica*. Un término que nos hemos dado la libertad de denominarla de tal forma con la intención de visibilizar y enfatizar un accionar por parte de determinados sujetos que supone impedir el acceso o poner barreras a cierto sector de la población respecto a determinados medicamentos esenciales.

A su vez, puede decirse que la exclusión farmacéutica se da en menor medida en Occidente respecto a otros lugares del mundo y que, tal vez, el exceso sea un problema mucho mayor a nuestro alrededor. Sin embargo, optamos por su estudio ya que junto al caso de estudio podríamos representar las redes de relaciones, acciones y omisiones que estructuran esta injusticia tal y como podrían ser la transformación de la gestión sanitaria pública hacia una de cohorte empresarial/privada o el sistema de patentes que parece anteponer la protección de la explotación económica de las creaciones intelectuales a las necesidades de la población.

4. No obstante, antes de centrarnos en las posibles causas, cabe decir que nuestro caso de estudio tuvo una importancia central. El caso de la hepatitis C en Galicia demuestra que la exclusión farmacéutica es un problema *global* que también afecta de cerca y que la movilización y la lucha por nuestros derechos puede llegar a reformular el discurso hegemónico sobre el acceso a medicamentos.

Las experiencias y las vivencias recopiladas por las personas entrevistadas muestran que la *exclusión farmacéutica* no se determina tan solo “por motivos económicos” de un individuo o una familia (no todas y todos los afectados de la PGAHC tenían este problema), sino por las decisiones y la situación del Estado que decide dónde y cuándo gastar. Por ello, hemos apelado a que estamos ante un daño procesual, dinámico, multidimensional y estructural que va mucho más allá de la cuestión de la pobreza (si nos limitamos a entenderla tan solo como la poca producción o lo poco que una entidad u organismo posee).

Una afirmación a la que acompañan, recordemos, ejemplos como el techo de gasto marcado por la administración central a la hora de comprar los tratamientos y limitar de este modo la capacidad de las CCAA. En 2014, se acordó un tope de 125 millones de euros, que con el precio por tratamiento de 25.000 euros tan solo posibilitaba que alrededor de 5.000 personas cirróticas graves pudieran acceder (una cifra lejana a la cantidad total que era de 35.000).

Con el *Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud* y el acceso al Sovaldi de una gran parte de la población en 2015 (gracias a la movilización social, lo repetimos) también citábamos el caso de la población reclusa en Galicia que, en su condición de presos, no vieron garantizado el DAME hasta que la PGAHC y otras entidades se movilizaron, haciendo llegar el caso a la Valedora do Pobo o presentando en el Pleno de la Xunta una PNL.

Además, este caso de estudio no solo refleja esto (que nos encontramos ante un ejemplo de exclusión farmacéutica). A través de una metodología basada en las narrativas y las historias de vida hemos demostrado que para poder poner la vida en el centro es necesario partir de los sentimientos, la vulnerabilidad y la interdependencia. ¿Se puede plasmar en una tesis de derecho y ciencia política algo así? Creemos que sí.

5. Respecto a las dos principales causas analizadas, *los problemas de disponibilidad farmacéutica* se incrementaron principalmente porque dentro del Estado español, tras la LGS de 1986 y la integración del sector privado bajo el modelo mixto, a medida que han pasado las décadas, el sector privado ha ocupado mayor espacio afectando a las líneas iniciales de cobertura, prestaciones, financiación o resultados del sistema público.

Así, la sanidad en vez de ser universal ha terminado por ser excluida a una parte de la población. Al depender del sistema de los PGE, su financiación no ha sido suficiente porque los que más tienen no pagan lo que deben. En vez de aumentar las camas, los servicios, el número de personal o la calidad de las prestaciones, todo se ha visto reducido. En síntesis, a través de diferentes mecanismos de privatización y mercantilización y ejemplos como el alquiler de espacios públicos a los privados, el aumento de los seguros privados o el aumento de las listas de espera, lo público ha terminado por ser parasitado.

Incluso los datos de gasto público demostraron que tras el estallido financiero y la época de recortes, este disminuyó mientras que lo privado aumentó. Una evolución que también se realizó en materia farmacéutica, trasladando en este caso el gasto farmacéutico público a gasto privado, a cargo de las familias, a través de los copagos o la exclusión de financiación de ciertas prestaciones.

6. En la misma lógica capitalista y mercantilista, los medicamentos pasaron de comprenderse como unas creaciones que no podían ser protegidas intelectualmente a un bien de consumo donde resulta legítimo comercializarlo, fijarles un alto precio o protegerlos mediante patentes. Aquí se encuentra otro de los posibles orígenes de la exclusión farmacéutica: *los problemas de asequibilidad farmacéutica*.

Así, al igual que la salud, los medicamentos se transformaron en una propiedad donde, desde 1994, se convirtió en norma global con el *Acuerdo sobre los ADPIC*. En consecuencia, muchos países que no podían permitirse el costo que implicaría esta decisión se mostraron en contra, y junto a la ciudadanía y las y los enfermos (sobre todo de VIH/SIDA), consiguieron el reconocimiento del DAME y de las flexibilidades para poder producir localmente medicamentos patentados o adquirirlos en forma de genéricos de otros países.

Sin embargo, el tiempo ha demostrado que aquí, en Occidente, hemos “normalizado” que para suministrar un medicamento se debe pagar lo que sea. Así, junto al desinterés por investigar la respuesta a ciertas enfermedades raras o con poca cuota de mercado, se le añade la compra por parte de las corporaciones de investigaciones públicas, la manipulación de resultados clínicos o la excesiva fijación del precio basándose en datos para nada transparentes.

La OMS ya se preocupó desde la década de los 90 sobre las consecuencias de la globalización y el *Acuerdo sobre los ADPIC*. Tanto el Libro Rojo del PAME como posteriores informes publicados por diversos grupos evidencian que la garantía del DAME es objeto de preocupación. No obstante, como la actualidad lo demuestra, no existe un gran consenso sobre cómo “equilibrar” el conflicto entre las patentes y los derechos humanos o conseguir anteponer los últimos a los primeros.

7. Todo este marco derivado de nuestro análisis de caso vuelve a verse representado con la pandemia de la COVID-19 que, desde finales de 2019, como nuevo aviso del fin del proyecto de acumulación capitalista, ha evidenciado nuestras afirmaciones y el recorrido que hemos realizado.

Miedo, terror, falta de personal, falta de camas, falta de EPIs, confinamiento, vacunas, “nueva normalidad”... todas evidencian que es necesaria una refundación de la salud y de los medicamentos que no responda a un “estado de completo bienestar”. La privatización de algo público como la salud y la protección de algo que salva vidas como los medicamentos parece no funcionar.

Por tanto, queda un arduo trabajo que realizar para hacer frente a la lógica capitalista y los nuevos pasos (capitalistas) que parecen que se están tomando a través de su redirección hacia una *Green New Deal* que incluye componentes de la 4RI como la inteligencia artificial, el *big data* o la biotecnología en materia de salud. Ejemplos a los que se añade el negocio con la vacuna de la COVID-19 que, anteponiéndose a una necesidad global (y una liberalización del conocimiento), nutre a los Mercados y al propio capital.

8. La *exclusión farmacéutica* es un problema que tiene como causas acciones estructurales, por este motivo puede ser incluida en las perspectivas de análisis de la injusticia estructural, la violencia estructural o el daño social. Dejar a alguien sin medicamentos esenciales, anteponer los intereses del mercado a la vida, mercantilizar la salud y limitar el suministro de medicamentos, son violaciones jurídicas que, dependiendo o no de la interpretación que se haga sobre el crimen, pueden entrar en estos parámetros.

En nuestro caso, hemos podido comprobar que este problema no se contempla en la determinación jurídico-penal a la hora de identificar ciertas conductas como delito. Una posición que, recordemos de nuevo, no entró en los parámetros de *última ratio* según los Autos analizados del Tribunal Supremo y el Juzgado de Instrucción Sección Tercera de Santiago de Compostela en los sucesos de la hepatitis C.

Esta situación representa de forma clara la *lex mercatoria* a la que hacíamos mención. Un contexto donde las razones económicas subyacentes fomentan la protección de derechos como la propiedad intelectual o la garantía de grandes tratados en la materia (como el *Acuerdo sobre los ADPIC*) frente a derechos humanos como el derecho a la salud, la integridad física o el DAME.

Por ello, es necesario traer de vuelta y dar a conocer estos sucesos, su magnitud, su impacto y su origen sistémico para dejar en evidencia que “el crimen” no tiene realidad ontológica y se construye a través de determinados discursos de determinadas personas y entidades. Por ello, como hemos mencionado explícitamente en este trabajo, la criminología es política y está en nuestras manos decidir a quién sirve y cómo debe interpretarse.

9. A su vez, vemos que todavía sigue siendo necesario un espacio crítico en la disciplina que mire más allá de la norma y del derecho penal y se adentre en lo desconocido y lo poco visible que afecta a nuestro propio ser. Una dirección que, obviamente, va ligada a una ruptura epistemológica que amplíe la mirada hacia problemas que no interesan investigar, sacar a la luz o denunciar.

Así, basta recordar que, como fuente de conocimiento, la criminología apareció ligada al poder soberano y a la merced de la religión que establecía el control social en la Edad Media. Un discurso sobre la cuestión criminal que adquirió cierta neutralidad y cientificismo cuando, con el positivismo, se convirtió en ciencia y discurso del gran proyecto modernizador basado en el desarrollo y el progreso.

Frente a este discurso dominante y siendo conscientes de las injusticias y daños globales, resulta necesaria una *nueva criminología crítica global* que mire más allá de sus orígenes y sirva de herramienta para el cometido que nos queda ahora: romper por completo con las raíces y ayudar a poner la sostenibilidad de la vida donde debe de estar. En primera línea.

10. En síntesis, la vida y las necesidades humanas deberían formar parte de los ejes de la criminología. Una articulación que en el estudio de la cuestión criminal implica anteponer los sentimientos y las experiencias a los datos; sirve de altavoz de denuncia de violencias que quieren ser invisibilizadas y proclame ¡nunca más!; y, en definitiva, cuestione el discurso hegemónico positivista como el capitalista, colonialista y heteropatriarcal.

De esta manera, mediante este trabajo damos otro paso más al camino recorrido durante varias décadas por muchas y muchos, y es que, mencionando las mismas palabras de Adorno con las que iniciamos la Introducción: en la oscuridad, los silencios, la negatividad y el horror con los que debemos trabajar día a día tenemos que esperar la posibilidad de lo mejor.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS – MONOGRÁFICOS

- ADORNO, T. W. ([1951]2017). *Mínima moralía. Reflexiones desde la vida dañada*. Madrid: Akal.
- ([1966]1984). *Dialéctica negativa*. Madrid: Taurus.
- ALONSO DÍAZ, X. ([2010]2011). *Futuro imperfecto*. Vigo: Editorial Galaxia.
- ANGELL, M. ([2004]2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Barcelona: Norma.
- ANITUA, G. I. ([2005]2015). *Historias de los pensamientos criminológicos*. Buenos Aires: Didot.
- ANTEZANA, F. y SEUBA, X. (2008). *Medicamentos esenciales. Historia de un desafío*. Barcelona: Icaria.
- ARENDT, H. ([2003]2007). *Responsabilidad y juicio*. Barcelona: Paidós.
- ([1963]2018). *Eichmann en Jerusalén*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.
- ARIAS MARÍN, A. (2016). *Ensayos críticos de derechos humanos: tesis, imperativos y derivas*. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- BAKAN, J. ([2003]2009). *Capitalismo caníbal. La corporación: la búsqueda patológica de lucro y poder*. Teià: Robin Book.
- BARATTA, A. ([1982]2004). *Criminología crítica y crítica del Derecho Penal. Introducción a la sociología jurídico-penal*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BAQUERO, J. (2004). *Privatización y negocio sanitario: la salud del capital*. Madrid: Tierradenadie ediciones.
- BAUMAN, Z. y DONSKIS, L. (2017). *Ceguera moral. La pérdida de sensibilidad en la modernidad líquida*. Barcelona: Paidós
- BAXI, U. (2002). *The Future of Human Rights*. Nueva Delhi: Oxford University Press.
- BEAUD, M. ([1981]1984). *Historia del Capitalismo: de 1500 a nuestros días*. Barcelona: Editorial Ariel.
- BECCARIA, C. ([1764]2015). *Tratado de los delitos y de las penas*. Madrid: UC3M.
- BENACH, J. ET AL. (2012). *La sanidad está en venta: y también nuestra salud*. Barcelona: Icaria.
- BENJAMIN, W. (1972). *Gesammelte Schrifte. Band IIV*. Fráncfort del Meno: Surhkamp Verlag.
- BENTHAM, J. ([1789]2008). *Los principios de la moral y la legislación*. Buenos Aires: Clardad.
- BERGALLI, R., BUSTOS RAMÍREZ, J. y MIRALLES, T. (Dirs.) (1983), *El pensamiento criminológico I. Un análisis crítico*, Bogotá, Colombia. Editorial Temis.
- BERGER, P. L. y LUCKMANN, T. (1966), *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Nueva York: Anchor Books.
- BERNALDO DE QUIRÓS, C. (1957). *Criminología*. Puebla: José M. Cajica, S.A.
- BLAIT, M. M. (1995). *Ownership and control: rethinking corporate governance for the 21st century*. Washington D.C.: Brookings Institution.
- BLECH, J. ([2003]2005). *Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes*. Madrid: Destino.

- BRAITHWAITE, J. (1984). *Corporate Crime in the pharmaceutical industry*. Londres: Routledge & Kegan Paul Books.
- BROWN, W. ([2010]2015). *Estados amurallados, soberanía en declive*. Barcelona: Herder.
- BROWNLEE, S. (2008). *Overtreated. Why too much medicine is making us sicker and poorer*. Londres: Bloomsbury Publishing.
- BUTLER, J. ([2004]2006). *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- ([2009]2017). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Barcelona: Paidós.
- CALDER, R. ([1958]1965). *La medicina y el hombre*. Barcelona: Plaza & Janes.
- CAMPBELL, T. (2005). *Rigtarahs: A Critical Introduction*. Londres: Routledge & Kegan Paul Books.
- CAPARRÓS, M. (2015). *El Hambre*. Barcelona: Anagrama.
- CAPELLA, J.R. ([1997]2008). *Fruta prohibida: una aproximación histórico-teórica al estudio del derecho y del estado*. Madrid: Trotta.
- CAPPELLETTI, M. y GARTH, B. ([1978]1983). *El acceso a la justicia: movimiento mundial para la efectividad de los derechos. Informe General*. La Plata: Colegio de Abogados del Departamento Judicial de La Plata.
- CERETTI, A. ([1992]2008). *El horizonte artificial. Problemas epistemológicos de la Criminología*. Montevideo: BdeF.
- CERNADAS, A. (2009). *La salud y el acceso a los sistemas sanitarios públicos: desigualdades e inequidades*. Madrid: Síntesis.
- COSTA, P. (1974). *Il progetto giuridico. Ricerche sulla giurisprudenza del liberalismo classico I. Da Hobbes a Bentham*. Milán: Giuffrè.
- COSTAS, E. y TORRES, X. M.^a (Coord.)(2018). *Hepatitis C: la revolución de los pacientes*. Paterna: Farmamundi.
- DALLA COSTA, M. y JAMES, S. (1972). *The Power of Women & the Subversion of the Community*. Bristol: Falling Wall Press.
- DANIELS, N. (2007). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DE CURREA-LUGO, V. (2005). *La salud como derecho humano*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- DE GOUGES, O. ([1791]2021). *Déclaration des Droits de la Femme et de la Citoyenne*. París: Libro.
- DE LA BOÉTIE, E. ([1576]2008). *El discurso de la servidumbre voluntaria*. La Plata: Terramar.
- DE LORA, P. y ZUÑIGA FAJURI, A. (2009). *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*. Madrid: Iustel.
- DE SOUSA SANTOS, B. ([2013]2014). *Si Dios fuese un activista de los derechos humanos*. Madrid: Trotta.
- y SENA MARTINS, B. (Ed.) (2019). *El pluriverso de los derechos humanos: la diversidad de las luchas por la dignidad*. Madrid: Akal.
- (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.

- DEL OLMO, C. (2013). *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Clave Intelectual.
- DESCARTES, R. ([1649]1997). *Las pasiones del alma*. Madrid: Tecnos.
- DICKENS, C. ([1853]2007). *Casa desolada*. Barcelona: Montesinos.
- DONNELLY, J. ([1989]2002). *Universal Human Rights in Theory and Practice*. Ithaca: Cornell University Press.
- DOUZINAS, C. ([2000]2008). *El fin de los derechos humanos*. Bogotá: Legis.
- DRAHOS, P. y BRAITHWAITE, J. (2002). *Information Feudalism: Who Owns the Knowledge Economy?* Londres: Earthscan Publications.
- DUKES, G., BRAITHWAITE, J. y MOLONEY, J.P. (2014). *Pharmaceuticals, Corporate Crime and Public Health*. Cheltenham/Northampton: Edward Elgar.
- DURÁN HERAS, M.^a A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de València.
- DWORKIN, R. ([1990]1993). *Ética privada e igualitarismo político*. Barcelona: Paidós.
- ([2000]2003). *Virtud soberana: la teoría y la práctica de la igualdad*. Barcelona: Paidós.
- EL HACHMI, N. (2004). *Jo també sóc catalana*. Barcelona: Labutxaca.
- ENGELHARDT, H.T. ([1986]1995). *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós.
- ENGELS, F. ([1845]1974). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Buenos Aires: Ediciones Diáspora.
- EPSTEIN, R. A. (1997). *Mortal Peril. Our inalienable right to health care*. Cambridge: Perseus.
- ESCOHOTADO, A. (1994). *Las drogas. De los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza.
- ([1989]1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa.
- FERNÁNDEZ ALONSO, M.^a C. y CAMPILLO MARTÍN, N.E. (2018). *Cómo se fabrica un medicamento: del laboratorio a la farmacia*. Madrid: CSIC/Los Libros de la Catarata.
- FERNÁNDEZ ORTIZ DE ZÁRATE, G. (2018). *Mercado o democracia. Los tratados comerciales en el capitalismo del siglo XXI*. Barcelona: Icaria.
- FERRAJOLI, L. ([2013]2014). *La democracia a través de los derechos*. Madrid: Trotta.
- FLÓREZ MIGUEL, M. (2012). *Rememoración de las víctimas y cambios en el pensamiento social*. Montevideo: Libros en Red.
- FOLCH JOU, G. (1957). *Historia de la farmacia*. Madrid: Patronato de Huérfanos de Oficiales del Ejército.
- FONTANA, J. (2019). *Capitalismo y democracia 1756-1848: cómo empezó este engaño*. Barcelona: Crítica.
- FOUCAULT, M. ([1963]2001). *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- ([1976]2007). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. México D.F.: Siglo XXI.
- FRANK, H. (1942). *Die Technik des Staates*. Cracovia: Burgverlag.

- FRASER, N. (2020). *Los talleres ocultos del capital: un mapa para la izquierda*. Madrid: Traficantes de sueños.
- GALTUNG, J. ([1996]2003). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao: Bakeaz.
- GÁNDARA CARBALLIDO, M. (2019). *Los derechos humanos en el siglo XXI: una mirada desde el pensamiento crítico*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- GARCÍA GUAJARDO, J. (Coord.) (2020). *El cambio del cambio*. Iruñea: Club Gertech.
- GARCÍA HERNÁNDEZ, J. M.^a (1993). *La encrucijada sanitaria*. Madrid: Celeste Ediciones.
- GARGARELLA, R. (1999). *Las teorías de la justicia después de Rawls. Un breve manual de filosofía política*. Barcelona: Paidós.
- GARRIDO, V., STANGELAND, P., y REDONDO, S. (2006). *Principios de Criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- GEWIRTH, A. (1996). *The Community of Rights*. Chicago: The University of Chicago Press.
- GIRARD, R. ([1972]2005). *La violencia y lo sagrado*. Barcelona: Anagrama.
- ([1982]1986). *El chivo expiatorio*. Barcelona: Anagrama.
- GIRONA, L., ROVIRA, J. y HOMEDES, N. (Eds.) (2009). *Medicamentos. Entre la salud y el mercado*. Barcelona: Icaria.
- GODWIN, W. ([1793]1796). *Enquiry concerning political Justice and its Influence on Moral and happiness. Vol. II*. Londres: G.G. y J. Robinson.
- GOFFMAN, E. ([1959]1997). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ([1961]1984). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOLDACRE, B. ([2012]2013). *Mala farma. Cómo las empresas farmacéuticas engañan a los medios y perjudican a los pacientes*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- GÓMEZ CAAMAÑO, J.L. (1970). *Páginas de historia de la farmacia*. Barcelona: Sociedad Nestlé A.E.P.A.
- GÖPPINGER, H. (1975). *Criminología*. Madrid: Reus.
- GØTZSCHE, P.C. ([2015]2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los libros del lince.
- ([2014]2017). *Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmaceuticas han corrompido el sistema de salud*. Barcelona: Los libros del Lince.
- GRAMSCI, A. ([1975]1981). *Cuadernos de la cárcel. Tomo 2*. México D.F.: Ediciones Era.
- GUÉPIN, A. y BONAMY, C.E. (1835). *Nantes au XIX.^e siècle ; statistique topographique, industrielle et morale*. Nantes: Prosper Sèbire.
- GUIBERT, H. ([1990]1998). *Al amigo que no me salvó la vida*. Barcelona: Tusquets Editores.
- HABERMAS, J. (1992). *Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy*. Cambridge: Polity Press.
- HAN, B.-C. ([2010]2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder

- ([2013]2014). *En el enjambre*. Barcelona: Herder
- ([2014]2018). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- ([2016]2018). *La expulsión de lo distinto*. Barcelona: Herder.
- HARNECKER, M. ([1969]1972). *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. México D.F.: Siglo XXI.
- HARRIS, M. ([1975]1981). *Vacas, cerdos, guerras y brujas. Los enigmas de la cultura*. Madrid: Alianza.
- HARVEY, D. ([2005]2007). *Breve historia del Neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- (2014). *Diecisiete contradicciones y el fin del capitalismo*. Quito/Madrid: IAEN/Traficantes de sueños.
- HASSEMER, W. y MUÑOZ CONDE, F. (1989). *Introducción a la Criminología y al Derecho Penal*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- HILLYARD, P. ET AL. (2004). *Beyond Criminology: Taking Harm Seriously*. Londres: Pluto Press.
- HOBBSAWM, E. ([1962]2009). *La era de la revolución, 1789-1848*. Buenos Aires: Crítica.
- HOLLOWAY, J. ([2002]2011). *Cambiar el mundo sin tomar el poder. El significado de la revolución hoy*. Santiago: LOM Editores.
- HORKHEIMER, M. ([1937]2016). *Teoría Tradicional y Teoría Crítica*. Barcelona: Paidós.
- ([1947]2010). *Crítica de la razón instrumental*. Madrid: Trotta.
- HORKHEIMER, M. y ADORNO, T.W. ([1944]2016). *Dialéctica de la Ilustración: fragmentos filosóficos*. Madrid: Trotta
- HUBBARD, B. ([2002]2006). *Secretos de la industria farmacéutica*. Barcelona: Terapias Verdes/ Navona.
- HUERTAS, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. Barcelona: El viejo topo.
- IGNATIEFF, M. (2001). *Human Rights as Politics and Idolatry*. Princeton: Princeton University Press.
- JARA, M. (2007). *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Barcelona: Icaria.
- JASPERS, K. ([1946]1998). *El problema de la culpa: sobre la responsabilidad política de Alemania*. Barcelona: Paidós.
- KAISER, G. (1988). *Introducción a la Criminología*. Madrid: Dykinson.
- KANT, E. ([1797]2008). *La Metafísica de las Costumbres*. Madrid: Tecnos.
- KRAMER, H. y SPRENGER, J. ([1487]2006). *Malleus Maleficarum – El martillo de los brujos: El libro infame de la Inquisición*. Barcelona: Reditar.
- KRIEDTE, P. ([1980]1987). *Feudalismo tardío y capital mercantil: líneas maestras de la historia económica europea desde el siglo XVI hasta finales del XVIII*. Barcelona: Crítica.
- KUNZ, A. y CARDINAUX, N. (2005). *Investigar en Derecho*. Buenos Aires: Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores.

- LAMATA, F. y OÑORBE, M. (2014). *Crisis (esta crisis) y salud (nuestra salud)*. Madrid: Bubok.
- LAMATA COTANDA, F. ET AL. (Eds.) (2017). *Medicamentos: ¿derecho humano o negocio?* Madrid: Díaz de Santos.
- LAPORTE, J.R. (2001). *Principios básicos de investigación clínica*. Barcelona: AstraZeneca.
- LARRAURI, E. ([2015]2018). *Introducción a la criminología y al sistema penal*. Madrid: Trotta.
- LAVAL, C. y DARDOT, P. ([2009]2013). *La nueva razón del mundo: ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona: Gedisa.
- LAW, J. y MARTIN, E.A. (2014). *A Dictionary of Law*. Oxford: Oxford University Press.
- LE BRETON, D. ([1995]1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- LEMA AÑÓN, C. (2009). *Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social*. Madrid: Dykinson.
- (2012). *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: historia del derecho a la salud en el siglo XX*. Madrid: Dykinson.
- LÉVINAS, E. ([1961]2000). *Ética e infinito*. Madrid: A. Machado,
- LEVITAS, R. ET AL. (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Bristol: Universidad de Bristol.
- LINARES, J.L. (1982). *Ideología médica, sanidad y sociedad*. Madrid: Akal.
- LOCKE, J. ([1690]2004). *Segundo Tratado sobre el Gobierno Civil: un ensayo acerca del verdadero origen, alcance y fin del Gobierno Civil*. Madrid: Alianza.
- LOMBROSO, C. (1876). *L'Uomo delinquente*. Milán: Hoepli.
- LÓPEZ PETIT, S. ([2014]2015). *Hijos de la noche*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- LÓPEZ VERGARA, J. (2006). *Criminología*. México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente/Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- LOREY, I. ([2012]2016). *Estado de inseguridad: gobernar la precariedad*. Madrid: Traficantes de sueños.
- LUKES, S. ([1995]2015). *El viaje del profesor Caritat o Las desventuras de la Razón (Una comedia filosófica)*. Barcelona: Tusquets Editores.
- MACINTYRE, A. ([1981]2011). *Tras la virtud*. Barcelona: Gedisa.
- ([1988]2001). *Justicia y racionalidad: conceptos y contextos*. Barcelona: Ediciones Internacionales Universitarias.
- MADRID PÉREZ, A. ([2010]2012). *La política y la justicia del sufrimiento*. Madrid: Trotta.
- MARCUSE, H. (1969). *Un ensayo sobre la liberación*. México D.F.: Joaquín Mortiz
- ([1967]1986). *El fin de la utopía*. Barcelona: Planeta De Agostini.
- ([1972]1973). *Contrarrevolución y revuelta*. México D.F.: Joaquín Mortiz.
- (1976). *Calas en nuestro tiempo. Marxismo y feminismo, teoría y praxis, la nueva izquierda*. Barcelona: Icaria.

- MARX, K. y ENGELS, F. ([1932]1974). *La ideología alemana: crítica de la novísima filosofía alemana en las personas de sus representantes Feuerbach, B. Bauer y Stirner, y del socialismo alemán en las de sus diferentes profetas*. Barcelona: Grijalbo.
- MARX, K. ([1844]1969). *Manuscritos: economía y filosofía*. Madrid: Alianza.
- ([1867]2021). *El Capital: crítica de la economía política. Libro primero: el proceso de producción del capital*. Madrid: Siglo XXI.
- ([1885]2021). *El Capital: crítica de la economía política. Libro Segundo: el proceso de circulación del capital*. Madrid: Siglo XXI.
- ([1894]2021). *El Capital: crítica de la economía política. Libro Tercero: el proceso global de la producción capitalista*. Madrid: Siglo XXI.
- MATE, R. (2006). *Medianoche en la historia: comentarios a las tesis de Walter Benjamin "Sobre el concepto de historia"*. Madrid: Trotta.
- MCKIE, J. ET AL. (1998). *The Allocation of Health Care Resources: An Ethical Evaluation of the 'QALY' Approach*. Londres: Routledge.
- MEAD, G.H. ([1934]1982). *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social*. Barcelona: Paidós.
- MELOSSI, D. y PAVARINI, M. (1977). *Carcere e fabbrica. Alle origini del sistema penitenziario (XVI-XIX secolo)*. Bolonia: Il mulino.
- MERRY, S.E. (2006). *Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*. Chicago: University of Chicago Press.
- MEYER, P. ([1984]1986). *La evolución de los medicamentos. Mitos y realidades*. Madrid: Espasa-Calpe.
- MEZ-MANGOLD, L. (1971). *Breve historia del medicamento*. Basilea: F. Hoffmann – La Roche & Cia., S.A.
- MILL, J. ([1829]2009). *Analysis of the Phenomena of the Human Mind*. Ann Arbor: Universidad de Michigan.
- MILL, J.S. ([1863]1984). *El utilitarismo*. Madrid: Alianza.
- MOLANO CAMARGO, F. (2020). *Capitalismo y pandemias*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- MOORE, J.W. ([2015]2020). *El capitalismo en la trama de la vida: ecología y acumulación de capital*. Madrid: Traficantes de sueños.
- MORAGA, I. y VALDIZÁN, J.R. (1979). *Proceso a la sanidad española*. Madrid: Zero.
- MOROZOV, E. (2018). *Capitalismo Big Tech: ¿Welfare o neofeudalismo digital?* Madrid: Enclave de libros.
- MORRISON, W. ([2006]2012). *Criminología, civilización y nuevo orden mundial*. Barcelona: Anthropos.
- MOYNIHAN, R. y CASSELS, A. (2005). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes/Navona.
- MUÑOZ DE BUSTILLO, R. (2019). *Mitos y realidades del Estado de Bienestar*. Madrid: Alianza.
- MUTUA, M.W. (2002). *Human Rights: A Political and Cultural Critique*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

- NASH, J.C. (2001). *Mayan Visions: The Quest for Autonomy in an Age of Globalization*. Londres: Routledge & Kegan Paul Books.
- NOZICK, R. ([1974]1990). *Anarquía, estado y utopía*. México D.F.: FCE.
- NUSSBAUM, M. ([2000]2012). *Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades*. Barcelona: Herder.
- ([2006]2007). *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós.
- ORTEGA GÓMEZ, M. (2011). *Patentes farmacéuticas y países en desarrollo*. Madrid: Difusión Jurídica.
- PADILLA, J. (2019). *¿A quién vamos a dejar morir? Sanidad pública crisis y la importancia de lo político*. Madrid: Capitán Swing.
- PADILLA, J. y GULLÓN, P. (2020). *Epidemiocracia: nadie está a salvo si no estamos todos a salvo*. Madrid: Capitán Swing.
- PAVARINI, M. ([1980]2002). *Control y dominación: teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- PEARCE, F. y TOMBS, S. (1998). *Toxic Capitalism: Corporate Crime and the Chemical Industry*. Londres: Routledge.
- PEMBERTON, S.A. (2015). *Harmful societies: Understanding social harm*. Bristol: Bristol University Press.
- PÉREZ ANDUJAR, J. (2014). *Milagro en Barcelona: emigrantes hoy, porque emigrante soy*. Barcelona: Editorial Ariel.
- PÉREZ OROZCO, A. ([2014]2017). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- PERRY, M.J. (1982). *The Idea of Human Rights: Four Inquiries*. Nueva York: Oxford University Press.
- PIGNARRE, P. ([2003]2005). *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- POLACK, C. ([1971]1974). *La medicina del capital*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- PONS PONS, J. y VILAR RODRÍGUEZ, M. (2014). *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- PRAH RUGER, J. (2010). *Health and social justice*. Nueva York: Oxford University Press.
- PRECIARIAS A LA DERIVA (2004). *A la deriva: por los circuitos de la precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de sueños.
- RAE (1780). *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, reducido a un tomo para su más fácil uso*. Madrid: D. Joaquín Iborra.
- RAMIRO, P. y GONZÁLEZ, E. (2019). *A dónde va el capitalismo español*. Madrid: Traficantes de sueños.
- RAMOS TOLEDANO, J. (2018). *Propiedad digital: la cultura de internet como objeto de cambio*. Madrid: Trotta.

- RAWLS, J. ([1971]2006). *Teoría de la justicia*. Madrid: FCE.
- REDONDO ILLESCAS, S. y GARRIDO GENOVÉS, V. (2013). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- RESTA, E. ([1992]1995). *La certeza y la esperanza*. Barcelona: Paidós.
- RICO, M. (2021). *¡Vergüenza! El escándalo de las residencias*. Barcelona: Editorial Planeta.
- RIECHMANN, J. (2017). *¿Vivir como buenos huérfanos? Ensayos sobre el sentido de la vida en el Siglo de la Gran Prueba*. Madrid: Catarata.
- RIVERA BEIRAS, I. (2005a). *Recorridos y posibles formas de la penalidad*. Barcelona: Anthropos.
- (Coord.) (2020a). *Pandemia: derechos humanos, sistema penal y control social (en tiempos de coronavirus)*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- ROLDÁN GUERRERO, R. (1962). *Descubrimientos, inventos y adelantos científicos. Tomo I. Siglo I al XVIII*. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Farmacia.
- ROSANVALLON, P. ([1995]2007). *La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia*. Buenos Aires: Manantial.
- ([2006]2007). *La contrademocracia. La política en la era de la desconfianza*. Buenos Aires: Manantial.
- ([2008]2010). *La legitimidad democrática: imparcialidad, reflexividad y proximidad*. Barcelona: Paidós.
- ROSE, N. ([2007]2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE.
- ROSEN, G. ([1974]2005). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México D.F.: Siglo XXI.
- ROUSSEAU, J-J. ([1762]2016). *Del contrato social*. Madrid: Alianza Editorial.
- RUGGIERO, V. (2005). *Delitos de los débiles y de los poderosos. Ejercicios de anticriminología*. Buenos Aires: Ad-Hoc.
- ([2013]2018). *Los crímenes de la economía: un análisis criminológico del pensamiento económico*. Madrid: Marcial Pons.
- RUSCHE, G. y KIRCHHEIMER, O. (1939). *Punishment and Social Structure*. Nueva York: Columbia University Press.
- SAN AGUSTÍN ([397/398]2000). *Las confesiones*. Madrid: Ediciones Akal.
- SANDEL, M.J. ([2009]2018). *Justicia ¿hacemos lo que debemos?* Barcelona: Penguin Random House.
- SCHMITT, C. ([1934]2009). *Teología política*. Madrid: Trotta.
- SEGALL, S. (2009). *Health, Luck and Justice*. Princeton: Princeton University Press.
- SEN, A. ([2009]2010). *La idea de la justicia*. Madrid: Taurus.
- SENDRAIL, M. ([1980]1983). *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa-Calpe.
- SERRANO TÁRRAGA, M.^a D. (2014). *El rol de la criminología para la seguridad en la sociedad contemporánea*. Madrid: Dykinson.

- SEUBA HERNÁNDEZ, X. (2010). *La protección de la salud ante la regulación internacional de los productos farmacéuticos*. Madrid: Marcial Pons.
- SIDGWICK, H. ([1874]2011). *The Methods of Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SINGER, P. ([1979]1991). *Ética práctica*. Barcelona: Ariel.
- SOLÍZ TORRES, M.^a F., YÉPEZ FUENTES, A. y SACHER FRESLON, W. (2018). *Fruta del Norte: La manzana en discordia. Monitoreo comunitario participativo y memoria colectiva en la comunidad de El Zarza*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- SOLÓN RUDÁ, A. (2019). *Breve historia del Derecho Penal y de la Criminología: del primitivismo criminal a la era de las escuelas penales*. Barcelona: Bosch.
- SONTAG, S. ([1978/1989]2020). *La enfermedad y sus metáforas/El sida y sus metáforas*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.
- SPEED, S. (2008). *Rights in Rebellion: Indigenous Struggle and Human Rights in Chiapas*. Stanford: Stanford University Press.
- STAMMERS, N. (2009). *Human Rights and Social Movements*. Londres: Pluto Press.
- STANDING, G. ([2012]2014). *El precariado: una nueva clase social*. Barcelona: Pasado & Presente.
- STIMILLI, E. ([2015]2020). *Deuda y culpa*. Barcelona: Herder.
- STUCKLER, D. y BASU, S. (2013). *Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Taurus.
- SUTHERLAND, E.H. (1924). *Criminology*. Filadelfia: J.B. Lippincott Company.
- (1949). *White Collar Crime*. Nueva York: The Dryden Press.
- TAMARIT SUMALLA, J.M. (2014). *La criminología*. Barcelona: UOC.
- TARANILLA, R. (2015). *Mi cuerpo también*. Barcelona: Libros del Lince.
- TAYLOR, C. (1979). *Hegel and modern society*. Cambridge: University of Cambridge.
- TAYLOR, I., WALTON, P. y YOUNG, J. ([1973]2001). *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- THACKRAH, C.T. ([1931]1832). *The effects of the principal arts, trades, and professions, and of civic states and habits of living, on health and longevity: with suggestions for the removal of many of the agents which produce disease, and shorten the duration of life*. Londres: Longman, Rees, Orme, Brown, Green y Longman.
- THOMPSON, E.P. ([1979]1984). *Tradición, revuelta y consciencia de clase: estudios sobre la crisis de la sociedad preindustrial*. Barcelona: Crítica.
- TIEGHI, O. (2004). *Tratado de Criminología*. Argentina: Universidad.
- TODOROV, T. ([2012]2016). *Los enemigos íntimos de la democracia*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- TOMBS, S. y WHYTE, D. ([2015]2016). *La empresa criminal. Por qué las corporaciones deben ser abolidas*. Barcelona: Icaria.
- VALLS LLOBET, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina: desvelando nuestra salud*. Madrid: Capitán Swing.

- VALVERDE GEFAELL, C. (2015). *De la necropolítica neoliberal a la empatía radical. Violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización*. Barcelona: Icaria.
- VENKATAPURAM, S. (2011). *Health justice*. Cambridge: Polity Press.
- VIANNA, L.W. (Ed.) (2002). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- VIDIELLA, G. (2000). *El derecho a la salud*. Buenos Aires: Eudeba.
- VIGARELLO, G. ([1993/1999]2006). *Lo sano y lo malsano: historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada editores.
- WALSH, A. y JORGENSEN, C. (2019). *Criminology: The essentials*. Londres: SAGE Publications.
- WALZER, M. ([1983]1996). *Las esferas de la justicia, defensa del pluralismo y la igualdad*. Médico D.F.: FCE.
- WELCH H. G., SCHWARTZ, L. M. y WOLOSHIN, S. (2011). *Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health*. Londres: Beacon Press.
- WHITE, M. y EPSTON, D. ([1990]1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- WILKINSON, R. y PICKETT, K. (2009). *Desigualdad: un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner.
- WOLLSTONECRAFT, M. ([1792]2005). *Vindicación de los derechos de la mujer*. Madrid: Istmo.
- WRIGHT MILLS, C. ([1959]1996). *La imaginación sociológica*. Habana: Revolucionaria, Instituto del libro.
- YOUNG, I. M. (2011). *Responsabilidad por la justicia*. Madrid/A Coruña: Morata/Fundación Paideia Galiza.
- YOUNG, J. ([2011]2015). *La imaginación criminológica*. Madrid: Marcial Pons.
- ZAFFARONI, E.R. (2011). *La palabra de los muertos: conferencia de criminología cautelar*. Buenos Aires: Ediar.
- (2012a) *La cuestión criminal*. Buenos Aires: Planeta.
- y DIAS DOS SANTOS, I. (2019). *La nueva crítica criminológica: criminología en tiempos de totalitarismo financiero*. Buenos Aires: Ediar.
- ZIZEK, S. (2020a). *¡Pandemia! El COVID-19 sacude el mundo*. So on in spanish.

CAPÍTULOS DE LIBROS

- ABDELGAFAR, B.I. (2006) 3. Intellectual Property Theory and TRIPS. En, *The Illusive Trade-off: Intellectual Property Rights, Innovation Systems, and Egypt's Pharmaceutical Industry*, (pp.34-52). Toronto: University of Toronto Press.
- AGUILÁ, E. ET AL. (2017). El condicionante de género en la salud. En, VV.AA., *Género y salud: una visión global desde experiencias locales*, (pp.7-16). Huesca: Farmamundi.
- ALBARRACÍN, A. (1984). I. El remedio terapéutico en el mundo primitivo. En, GRACIA GUILLÉN, D. ET AL., *Historia del medicamento*, (pp.11-37). Barcelona: Ediciones Doyma.

- ARMIGO, J.A. (1998). 11. Farmacología clínica: objetivos y metodología. En, FLOREZ, J. (Dir.), *Farmacología humana*, (pp.177-202). Barcelona: Masson, S.A.
- ARQUIOLA, E. (1984). IV. La materia médica en el mundo moderno (siglos XVIII-XVII). En, GRACIA GUILLÉN, D. ET AL., *Historia del medicamento*, (pp.101-121). Barcelona: Ediciones Doyma.
- BAILEY, N., FAHMY, E. y BRADSHAW, J. (2017). Thirteen. The multidimensional analysis of social exclusion. En, BRAMLEY, G. y BAILEY, N. (Eds.), *Poverty and social exclusion in the UK: Volume 2 – The dimensions of disadvantage*, (pp.311-344). Bristol: Bristol University Press.
- BARATTA, A. ([1998]2000). El estado-mestizo y la ciudadanía plural: consideraciones sobre una teoría mundana de la alianza. En, SILVEIRA GORSKI, H.C. (Ed.), *Identidades comunitarias y democracia*, (pp.185-210). Madrid: Trotta.
- BARCELONA, P. (2000). El vaciamiento del sujeto y el regreso del racismo. En, SILVEIRA GORSKI, H.C. (Ed.), *Identidades comunitarias y democracia*, (pp.113-126). Madrid: Trotta.
- BÁRCENA, F. y MÈLICH, J.C. (2003). La mirada excéntrica. Una educación desde la mirada de la víctima. En, MARDONES, J.M. y MATE, R. (Eds.), *La ética ante las víctimas*, (pp.195-218). Barcelona: Anthropos.
- BENJAMIN, W. ([1921]2021). Capitalismo como religión. En, *Tesis sobre el concepto de historia y otros ensayos sobre historia y política*, (pp.85-89). Madrid: Alianza.
- ([1940]2021). Sobre el concepto de historia. En, *Tesis sobre el concepto de historia y otros ensayos sobre historia y política*, (pp.65-81). Madrid: Alianza.
- BERGALLI, R. (1983a). Perspectiva sociológica: estructura social. En, BERGALLI, R., BUSTOS RAMÍREZ, J. y MIRALLES, T. (Dirs.), *El pensamiento criminológico I. Un análisis crítico*, (pp.133-158), Bogotá, Colombia. Editorial Temis.
- BERNAL SARMIENTO, C.E. ET AL. (2012). Estudio preliminar. En, MORRISON, W. (Ed.), *Criminología, civilización y nuevo orden mundial*, (pp. XXV-LV). Barcelona: Anthropos.
- (2014). Más allá de la criminología. Un debate epistemológico sobre el daño social, los crímenes internacionales y los delitos de los mercados. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Delitos de los Estados, de los Mercados y daño social. Debates en Criminología crítica y Sociología jurídico-penal*, (pp. 35-96). Barcelona: Anthropos.
- BOSCH, A., CARRASCO, C. y GRAU, E. (2005). Verde que te quiero violeta: encuentros y desencuentros entre feminismo y ecofeminismo. En, TELLO, E., *La historia cuenta: del decrecimiento económico al desarrollo humano sostenible*, (pp.321-346). Barcelona: El viejo topo.
- BUSTOS RAMÍREZ, J. (1983a). I. La criminología. En, BERGALLI, R., BUSTOS RAMÍREZ, J. y MIRALLES, T. (Dirs.), *El pensamiento criminológico, Vol.I. Un análisis crítico*, (pp.15-26). Bogotá: Temis.
- (1983b). II. Criminología y evolución de las ideas sociales. En, BERGALLI, R., BUSTOS RAMÍREZ, J. y MIRALLES, T. (Dirs.), *El pensamiento criminológico, Vol.I. Un análisis crítico*, (pp.27-48). Bogotá: Temis.
- BUTLER, J. (2020). El capitalismo tiene sus límites. En, ASPO (Ed.), *Sopa de Wuhan*, (pp.59-65). La Plata: ASPO.
- CABEZAS CHAMORRO, S. (2014). La guerra contra la inmigración y daño social: las muertes en las aguas que protegen a la Europa Fortaleza. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Delitos de los Estados, de los Mercados y daño social: debates en Criminología crítica y Sociología jurídico-penal*, (pp.157-166). Barcelona: Anthropos Editorial/OSPDH.

- CAPELLA, J.R. (2013). 1. Derechos y deberes: la cuestión del método de análisis. En, ESTÉVEZ ARAUJO, J.A. (Ed.), *El libro de los deberes: las debilidades e insuficiencias de la estrategia de los derechos*, (pp.39-57). Madrid: Trotta.
- CARRASCO BENGOA, C. ([2001]2003). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? En, LEÓN, M.T. (Comp.), *Mujeres y trabajo: cambios impostergables*, (pp.5-25). Porto Alegre: Veraz Comunicação.
- (2014a). Introducción. En, CARRASCO BENGOA, C. (Ed.), *Con voz propia: la economía feminista como apuesta teórica y política*, (pp. 15-24). Madrid: La Oveja Roja.
- (2014b). La economía feminista: ruptura teórica y propuesta política. En, CARRASCO BENGOA, C. (Ed.), *Con voz propia: la economía feminista como apuesta teórica y política*, (pp. 25-47). Madrid: La Oveja Roja.
- (2014c). 02. Economía, trabajos y sostenibilidad de la vida. En, JUBETO RUÍZ, Y. ET AL., *Sostenibilidad de la vida. Aportaciones desde la Economía Solidaria, Feminista y Ecológica* (pp.27-42). Bilbao: Reas Euskadi.
- CAS MADRID (2017). Capítulo 2. Madrid. La privatización de la sanidad goza de buena salud (por desgracia). En, GÓMEZ LIÉBANA, J.A. (Coord.), *Se vende sanidad pública: todo lo que deberías saber sobre la privatización, pero nadie quiere contarte*, (pp.61-92). Madrid: Los libros de la Catarata.
- CASTRO GÓMEZ, S. (2007). Decolonizar la universidad. La hybris del punto cero y el diálogo de saberes. En, CASTRO-GÓMEZ, S. y GROSGOUEL, R. (Eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, (pp.79-91). Bogotá: Siglo del Hombre.
- CHAMBLISS, W.J. ([1975]1977). 6. La economía política del crimen: un estudio comparativo de Nigeria y los EU. En, TAYLOR, I., WALTON, P. y YOUNG, J., *Criminología Crítica*, (pp.214-228). México D.F.: Siglo XXI.
- CHAPMAN, A.R. (2016a). 1. The right to health as an emergent human right. En, *Global Health, Human Rights and the Challenge of Neoliberal Policies*, (pp.1-28). Cambridge: Cambridge University Press.
- (2016b). 3. Health and Human Rights in the Neoliberal Era. En, *Global Health, Human Rights and the Challenge of Neoliberal Policies*, (pp.72-114). Cambridge: Cambridge University Press.
- COBB, S. (1997). 1. Dolor y paradoja: la fuerza centrífuga de las narraciones de mujeres víctimas en un refugio para mujeres golpeadas. En, PACKMAN, M. (Comp.), *Construcciones de la Experiencia Humana. Vol. II*, (pp.17-62). Barcelona: Gedisa.
- COBREROS MENDAZONA, E. (2018). Artículo 149.1.16^a. En, RODRÍGUEZ-PIÑERO Y BRAVO FERRER, M. y CASAS BAAMONDE, M.^a E. (Dirs.), *Comentarios a la Constitución Española, Tomo II. Conmemoración del XL aniversario de la Constitución*, (pp. 1355-1367). Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
- CORNESCU, A.V. (2009). The generation of human's rights. En, SEHNÁLEK, D. ET AL. (Eds.), *Days of Law: The Conference Proceedings*. Brno: Masaryk University.
- COSTAS BASTERO, E. (2018). Capítulo 3.1. Cuando los pacientes cambiaron las políticas. En, COSTAS, E. y TORRES, X. M.^a (Coord.). *Hepatitis C: la revolución de los pacientes*, (pp.173-190). Paterna: Farmamundi.

- CUÉLLAR RODRÍGUEZ, S. (2018). 2.1. Evolución de los tratamientos. En, COSTAS, E. y TORRES, X. M.^a (Coord.). *Hepatitis C: la revolución de los pacientes*, (pp.91-112). Paterna: Farmamundi.
- DÁVILA, L. (2017). IV. El modelo económico de la salud pública en España. En, TAMAMES, R. ET AL., *La gobernanza de la salud pública: excelencia o ideología*, (pp.95-126). Córdoba: Almuzara.
- DEL CASTILLO, M. (2020). Diez propuestas de mejora para el Sistema Nacional de Salud. En, GARCÍA GUAJARDO, J. (Coord.), *El cambio del cambio*, (pp.10-21). Iruña: Club Gertech
- DUCH GUILLOT, G. (2011). Prólogo: érase una vez, la deudocracia. En, CAMPAÑA ¿QUIÉN DEBE A QUIÉN? (Coord.), *Vivir en deudocracia: iban un portugués, un irlandés, un griego y un español...* (pp.5-10). Barcelona: Icaria.
- ENGELS, F. ([1885]2021). Prólogo. En, MARX, K., *El Capital: crítica de la economía política. Libro Segundo: el proceso de circulación del capital*, (pp.17-35). Madrid: Siglo XXI.
- EPSTEIN, G.A. (2005). 1. Introduction: Financialization and the World Economy, En, EPSTEIN, G.A. (Ed.), *Financialization and the world economy*, (pp.3-16). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- ESTÉVEZ ARAUJO, J.A. (2013). Introducción. En, ESTÉVEZ ARAUJO, J.A. (Ed.), *El libro de los deberes: las debilidades e insuficiencias de la estrategia de los derechos*, (pp.10-38). Madrid: Trotta.
- (2021a). Las transformaciones económicas de la globalización neoliberal. En, ESTÉVEZ ARAUJO, J.A. (Ed.), *El derecho ya no es lo que era: las transformaciones jurídicas en la globalización neoliberal*, (pp.23-67). Madrid: Trotta.
- (2021b). Las transformaciones jurídicas de la globalización neoliberal. En, ESTÉVEZ ARAUJO, J.A. (Ed.), *El derecho ya no es lo que era: las transformaciones jurídicas en la globalización neoliberal*, (pp.69-122). Madrid: Trotta.
- FERNÁNDEZ RUIZ, S. y SÁNCHEZ BAYLE, M. (2019). La privatización en Madrid. En, SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coord.), *Privatización sanitaria: análisis y alternativas*, (pp.93-112). Barcelona: El viejo topo.
- FORERO CUÉLLAR, A. (2014). Soberanía limitada, delitos estatal-corporativos y daño social: los desahucios y suicidios en España. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Delitos de los Estados, de los Mercados y daño social: debates en Criminología crítica y Sociología jurídico-penal*, (pp.167-181). Barcelona: Anthropos Editorial/OSPDH.
- FOUCAULT, M. ([1974]1999). 14. Nacimiento de la medicina social. En, *Estrategias de poder: obras esenciales, volumen II*, (pp.363-384). Barcelona: Paidós.
- ([1979]2012). La política de la salud en el siglo XVIII. En, *El poder una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*, (pp.211-232). Buenos Aires: Siglo XXI.
- FXB (2017). *Health and Human Rights Resource Guide. Chapter 10: Access to Medicines and Human Rights*. Boston: Harvard FXB Center for Health and Human Rights.
- GAFFNEY, A. y MUNTANER, C. (2018). 8- Austerity and Health Care. En, WAITZKIN, H. (Ed.), *Health Care Under the Knife: Moving Beyond Capitalism for Our Health*, (pp.119-136). Nueva York: NYU Press/Monthly Review Press.
- GÁLVEZ MUÑOZ, L. (2014). Mujeres y crisis: un análisis feminista de la gran recesión y el austericidio. En, CARRASCO BENGEOA, C. (Ed.), *Con voz propia. La economía feminista como apuesta teórica y política*, (pp. 193-217). Madrid: La oveja roja.

- GÁLVEZ ZALOÑA, R. (2020). 7. La atención hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud. En, SABANDO, P., TORRES-GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.223-346). Madrid: Díaz de Santos.
- GIL, S.L. (2018). II. Vidas vulnerables, feminismo y crisis civilizatoria. En, SOLÉ BLANCH, J. y PIÉ BALAGUER, A., *Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad*, (pp. 39-53). Barcelona: Icaria.
- GINTIS, H. ([1972]1975). Crítica del illichismo. A propósito de La sociedad descolarizada. En, GINTIS, H. y NAVARRO, V., *Crítica de Iván Illich*, (pp.5-52). Barcelona: Anagrama.
- GIPSEN, M.E. (2017). Chapter 3. Access to controlled essential medicines and aspects of drug control in human rights law. En, *Human Rights and Drug Control: Access to Controlled Essential Medicines in Resource-Constrained Countries*, (pp.77-136). Intersentia.
- GÓMEZ, V. (2017). VI. Sobre el posible retorno a la gestión pública en la concesión de servicios sanitarios. Problemas laborales e implicaciones. Una visión de conjunto. En, TAMAMES, R. ET AL., *La gobernanza de la salud pública: excelencia o ideología. Excelencia o ideología*, (pp.149-176). Córdoba: Almuzara.
- GÓMEZ LIÉBANA, J.A. (2010). 7. Madrid, "la sanidad del futuro ya es una realidad". En, CAS MADRID (Comps.), *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*, (pp.129-155). Madrid: Traficantes de Sueños.
- (2017). Capítulo 1. De salud, sanidad y determinantes. En, GÓMEZ LIÉBANA, J.A. (Coord.), *Se vende sanidad pública: todo lo que deberías saber sobre la privatización, pero nadie quiere contarte*, (pp.13-60). Madrid: Los libros de la Catarata.
- HERNÁNDEZ ZUBIZARRETA, J. (2012). Lex Mercatoria. En, HERNÁNDEZ ZUBIZARRETA, J., GONZÁLEZ, E. y RAMIRO, P. (Eds.). (2012) *Diccionario crítico de empresas transnacionales. Claves para enfrentar el poder de las grandes corporaciones*, (pp.135-138). Barcelona: Icaria.
- HERRERO, Y. (2020). Prólogo. En, PADILLA, J. y GULLÓN, P., *Epidemiocracia: nadie está a salvo si no estamos todos a salvo*, (pp.7-24). Madrid: Capitán Swing.
- HIDALGO VEGA, A. (2017). III. Modelos de gestión sanitaria: alternativas y experiencias puestas en marcha en España. En, TAMAMES, R. ET AL., *La gobernanza de la salud pública: excelencia o ideología*, (pp. 71-94). Córdoba: Almuzara
- HILLYARD, P. y TOMBS, S. ([2005]2008). Chapter 1. Beyond criminology? En, DORLING, D. ET AL., *Criminal obsessions: Why harm matters more than crime*, (pp.6-23). Londres: Centre for Crime and Justice Studies.
- HILLYARD, P. ET AL. ([2005]2008). Chapter 4. 'Social Harm' and its limits? En, DORLING, D. ET AL., *Criminal obsessions: Why harm matters more than crime*, (pp.62-69). Londres: Centre for Crime and Justice Studies.
- HULSMAN, L. (1986). Critical criminology and the concept of crime. En, BIANCHI, H. y VAN SWAANINGEN, R. (Eds.). *Abolitionism: Towards a Non-repressive Approach to Crime*, (pp.299-303). Amsterdam: Free University Press.
- ILLICH, I. ([1974]2006). Alternativas. En, *Obras reunidas. Volumen I*, (pp.47-185). México DF: FCE.
- ([1975]2006). Némesis médica. En, *Obras reunidas. Volumen I*, (pp.533-763). México DF: FCE.
- ISERN, A. y PIÑERO, G. (2011). Glosario. Quién y qué es qué en el mundo de la deuda. En, CAMPAÑA ¿QUIÉN DEBE A QUIÉN? (Coord.), *Vivir en deudocracia: iban un portugués, un irlandés, un griego y un español...* (pp.92-103). Barcelona: Icaria.

- JIMÉNEZ DE PARGA Y CABRERA, M. (2004). El Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. En, VV.AA., *La salud como valor constitucional y sus garantías: desarrollo y evolución del art.43 de la Constitución Española*, (pp.9-24). Madrid: Defensor del paciente de la Comunidad de Madrid.
- JIMÉNEZ FRANCO, D. (2020). La nuda vida en el centro: contra otra nueva normalización capitalista. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Pandemia: derechos humanos, sistema penal y control social (en tiempos de coronavirus)*, (pp.63-81). Valencia: Tirant lo Blanch.
- KOVADLOFF, S. (2003). El enigma del sufrimiento. En, MARDONES, J.M. y MATE, R. (Eds.), *La ética ante las víctimas*, (pp.27-49). Barcelona: Anthropos.
- LAMATA, F. (2020a). 2. Implantación de la Ley General de Sanidad y Contrarreforma. En, SABANDO, P., TORRES GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.11-54). Madrid: Díaz de Santos.
- (2020b). 4. Financiación sanitaria: suficiencia, distribución justa y eficiencia en el gasto. En, SABANDO, P., TORRES-GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.121-169). Madrid: Díaz de Santos.
- (2020c). 9. Medicamentos y política farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. En, SABANDO, P., TORRES-GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.401-437). Madrid: Díaz de Santos.
- LIMA MADUREIRA, J. (2009). II. Investigación e innovación. En, GIRONA, L., ROVIRA, J. y HOMEDES, N. (Eds.), *Medicamentos. Entre la salud y el mercado*, (pp. 47-64). Barcelona: Icaria.
- LISTER, J. (2010). 1. Preguntas equivocadas, respuestas equivocadas: la agenda mundial de la reforma neoliberal. En, CAS MADRID (Comps.), *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*, (pp.21-44). Madrid: Traficantes de Sueños.
- LORENTE, P. y SÁNCHEZ BAYLE, M. (2019). Introducción. En, SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coord.), *Privatización sanitaria: análisis y alternativas*, (pp.9-23). Barcelona: El viejo topo.
- LORES AGUÍN, M.^a L., MARTÍN GARCÍA, M. y VAAMONDE GARCÍA, P. (2014). 2. La estrategia global de la privatización. En, VAAMONDE GARCÍA, P. (Coord.), *La salud como negocio*, (pp.60-84). Santiago de Compostela: Edición Laiovento.
- LORES AGUÍN, M.^a L. (2014). 3. Las privatizaciones en sanidad: estrategias aplicadas en Madrid, Valencia y Galicia. En, VAAMONDE GARCÍA, P. (Coord.), *La salud como negocio*, (pp.85-99). Santiago de Compostela: Edición Laiovento.
- (2015). Capítulo VIII. ¿Quiénes son y por qué quieren quedársela? En, BEIRAS CAL, H. y SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coords.), *La sanidad no se vende: manual para la defensa de la sanidad pública*, (pp.101-107). Madrid: Akal.
- MADRID PÉREZ, A. (2013). 7. Los deberes de las corporaciones transnacionales. En, ESTÉVEZ ARAUJO, J.A. (Ed.), *El libro de los deberes: las debilidades e insuficiencias de la estrategia de los derechos*, (pp.195-222). Madrid: Trotta.
- (2015). 6. Poderes irresponsables: la reconfiguración contemporánea del concepto políticojurídico de responsabilidad. En, ESTÉVEZ ARAÚJO, J.A. y MESSINA, G. (Eds.), *La democracia en bancarrota*, (pp.109-126). Madrid: Trotta.
- (2018). III. Vulneración y vulnerabilidad: dos términos para pensar hoy la gestión socio-política del sufrimiento. En, SOLÉ BLANCH, J. y PIÉ BALAGUER, A. (Coord.), *Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad*, (pp. 55-72). Barcelona: Icaria.

- MARKS, S.P. (2009). Access to essential medicines as a component of the right to health. En, CLAPHAM, A. y ROBINSON, M. (Eds.), *Realizing the Right to Health*, (pp.82-101). Zúrich: Universidad de Zúrich.
- MARTÍN GARCÍA, M., SÁNCHEZ BAYLE, M. y VAAMONDE GARCÍA, P. (2014). 6. La trampa de las Áreas de Gestión Clínica. En, VAAMONDE GARCÍA, P. (Coord.), *La salud como negocio*, (pp.137-149). Santiago de Compostela: Edición Laiovento.
- MARTÍN GARCÍA, M. (2014a). 4. La financiación público-privada del nuevo Hospital de Vigo. En, VAAMONDE GARCÍA, P. (Coord.), *La salud como negocio*, (pp.100-120). Santiago de Compostela: Edición Laiovento.
- (2019). El proceso de privatización de la sanidad pública gallega. En, SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coord.), *Privatización sanitaria: análisis y alternativas*, (pp.113-126). Barcelona: El viejo topo.
- MARTÍNEZ, F. (2004). Otro enfoque sobre el castigo: análisis de las «instituciones totales» encargadas de la ejecución de la pena privativa de libertad desde la perspectiva de Erving Goffman. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Mitologías y discursos sobre el castigo: historia del presente y posible escenarios*, (pp.197-208), Barcelona: Anthropos.
- MEDINA GUERRERO, M. (2018). Artículo 53.2. Las específicas garantías jurisdiccionales de los derechos fundamentales. En, RODRÍGUEZ-PIÑERO Y BRAVO FERRER, M. y CASAS BAAMONDE, M.^a E. (Dirs.), *Comentarios a la Constitución Española, Tomo I. Conmemoración del XL aniversario de la Constitución*, (pp.1473-1487). Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
- MENDIZABAL ZUBELDIA, A. ET AL. (2008). Reflexiones sobre el origen y las implicaciones de la exclusión financiera. En, DE CASTRO SILVA, E.J. y DÍAZ DE CASTRO, F.J. (Coords.), *Universidad, Sociedad y Mercados Globales*, (pp.209-218). Madrid: Asociación Europea de Dirección y Economía de Empresa.
- MINUÉ, S. (2017). Lo público y lo privado en sanidad. En, LÓPEZ RUIZ, V. y PADILLA BERNÁLDEZ, J. (Coords.), *Salubrisimo o barbarie: un mapa entre la salud y sus determinantes sociales*, (pp.97-111). Guillena: Atrapasueños.
- MOLINA PÉREZ, E. y FERNÁNDEZ CASTROAGUDÍN, J. (2018). 1.1. Historia, diagnóstico, clínica y epidemiología de la enfermedad. En, COSTAS, E. y TORRES, X. M.^a (Coord.). *Hepatitis C: la revolución de los pacientes*, (pp.21-38). Paterna: Farmamundi.
- MONEREO PÉREZ, J.L. (2019). La garantía jurídica del derecho social fundamental a la salud y la asistencia sanitaria. En, MORENO VIDA, M.^a N., DÍAZ AZNARTE, M.^a T. (Dirs.), *La protección social de la salud en el marco del estado del bienestar: una visión nacional y europea*, (pp.3-68). Albolote: Comares.
- MOSQUERA ÁLVAREZ, R. (2020). Innovación y motivación para el cambio. Liderazgo. Aspectos organizativos del modelo del futuro. En, GARCÍA GUAJARDO, J. (Coord.), *El cambio del cambio*, (pp.57-67). Iruñea: Club Gertech.
- NAGEL, T. (2003). Rawls and liberalism. En, FREEMAN, S. (Ed.), *The Cambridge companion to Rawls*, (pp. 62-85). Nueva York: Cambridge University Press.
- NAVARRO, V. (1975). La industrialización del fetichismo o el fetichismo de la industrialización. A propósito de Némesis Medica. En, GINTIS, H. y NAVARRO, V., *Crítica de Iván Illich*, (pp.53-106). Barcelona: Anagrama.
- NAVARRO DE LA CRUZ, D. y AGUILERA GUIRAO, A. (2018). 1.2. El virus de la hepatitis C. Subtipos y distribución mundial. En, COSTAS, E. y TORRES, X. M.^a (Coords.). *Hepatitis C: la revolución de los pacientes*, (pp.39-60). Paterna: Farmamundi.

- PALOMO, L. (2015). Capítulo XI. El efecto de la globalización sobre la salud de las personas y sobre los servicios sanitarios. En, BEIRAS CAL, H. y SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coords.), *La Sanidad no se vende: manual para la defensa de la Sanidad Pública*, (pp.121-132). Madrid: Akal.
- (2019). La política neoliberal en sanidad. En, SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coord.), *Privatización sanitaria: análisis y alternativas*, (pp.25-46). Barcelona: El viejo topo.
- PANTAZIS, C. y PEMBERTON, S. (2009). Nation States and the Production of Social Harm: Resisting the Hegemony of 'TINA'. En, COLEMAN, R., SIM, J., TOMBS, S. y WHYTE, D. (Eds.), *State, Power, Crime*, (pp.214-223). Londres: SAGE.
- PAREJA, E. y GUILLÉN, A. (2006). La carta de drets humans emergents: Una resposta de la societat civil als reptes del segle XXI. En, *IDHC, Naturalesa i abast del dret human emergents: La carta de drets humans émergents i el dret a la renda básica de ciutadania*, (pp.4-34). Barcelona: Institut de Drets Humans de Catalunya.
- PEMBERTON, S. ([2005]2008). Chapter 5. Where next? The future of the social harm perspective. En, DORLING, D. ET AL., *Criminal obsessions: Why harm matters more than crime*, (pp.70-90). Londres: Centre for Crime and Justice Studies.
- PÉREZ MANZANO, M. y TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. (2018). Artículo 15. En, RODRÍGUEZ-PIÑERO Y BRAVO FERRER, M. y CASAS BAAMONDE, M.^a E. (Dirs.), *Comentarios a la Constitución Española, Tomo I. Conmemoración del XL aniversario de la Constitución*, (pp.375-411). Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
- PÉREZ OROZCO, A. (2014a). Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados. En, CARRASCO BENGEOA, C. (Ed.), *Con voz propia: la economía feminista como apuesta teórica y política*, (pp.49-73). Madrid: La oveja roja.
- (2014b). Crisis multidimensional y ajuste feminizado: retos y oportunidades. En, CARRASCO BENGEOA, C. (Ed.), *Con voz propia: la economía feminista como apuesta teórica y política*, (pp. 171-192). Madrid: La Oveja Roja.
- (2018). Prólogo. En, FERNÁNDEZ ORTIZ DE ZÁRATE, G., *Mercado o democracia. Los tratados comerciales en el capitalismo del siglo XXI*, (pp.9-23). Barcelona: Icaria.
- PIÑERO, G., CHANTRY, O. y FRESNILLO, I. (2011). La deuda llega a Europa, tras devastar el Sur. En, CAMPAÑA ¿QUIÉN DEBE A QUIÉN? (Coord.), *Vivir en deudocracia: iban un portugués, un irlandés, un griego y un español...* (pp.11-35). Barcelona: Icaria.
- PRADO, C. (2004). Dos concepciones del castigo en tomo a Marx. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Mitologías y discursos sobre el castigo: historia del presente y posible escenarios*, (pp.113- 130). Barcelona: Anthropos.
- RABINOVICH, S. (2003). La mirada de las víctimas. Responsabilidad y libertad. En, MARDONES, J.M. y MATE, R. (Eds.), *La ética ante las víctimas*, (pp.50-75). Barcelona: Anthropos.
- RIVERA BEIRAS, I. (2005b). Cap. IV. Principios orientadores del constitucionalismo social. En RIVERA BEIRAS, I. (coord.), *Política criminal y Sistema penal; viejas y nuevas racionalidades punitivas*, (pp.157- 218). Barcelona: Anthropos.
- (2014). La Unión Europea: premio Nobel de la Paz y principal exportador mundial de armas. El negocio del tráfico legal/ilegal del armamento (también en España). En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Delitos de los Estados, de los Mercados y daño social: debates en Criminología crítica y Sociología jurídico-penal*, (pp.192-203). Barcelona: Anthropos Editorial/OSPDH.

- (2020b). El nuevo Gran Encierro de la Modernidad tardía. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Pandemia: derechos humanos, sistema penal y control social (en tiempos de coronavirus)*, (pp.19-28). Valencia: Tirant lo Blanch.
- ROVIRA FORNS, J. y ESPÍN BALBINO, J. (2009). III. Acceso, financiación y regulación económica de los medicamentos. En, GIRONA, L., ROVIRA, J. y HOMEDES, N. (Eds.), *Medicamentos. Entre la salud y el mercado*, (pp. 65-90). Barcelona: Icaria.
- SABANDO, P. (2020). 1. En el trigésimo tercer aniversario de la Ley General de Sanidad. En, SABANDO, P., TORRES-GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.1-9). Madrid: Díaz de Santos.
- SABANDO, P. y REY DEL CASTILLO, J. (2020). 10. La privatización de la sanidad en el contexto económico actual. En, SABANDO, P., TORRES-GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.439-476). Madrid: Díaz de Santos.
- SADE, R.M. (2002). Medicine and manage care, morals and markets. En, BONDESON, W.B. y JONES J.W. (Eds.), *The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights*, (pp.55-73). Dordrecht: Springer.
- SÁNCHEZ, J.J. (2016). Introducción. Sentido y alcance de Dialéctica de la Ilustración. En, HORKHEIMER, M. y ADORNO, T.W., *Dialéctica de la Ilustración: fragmentos filosóficos*, (pp.9-44). Madrid: Trotta.
- SÁNCHEZ BAYLE, M. (2013). Evolución del sistema sanitario en España: del sistema nacional de salud a la privatización. En, RUANE, S. ET AL., *Las cuestiones clave de la sanidad pública: un diagnóstico comparado de los Sistemas Públicos Sanitarios de España y el Reino Unido*, (pp.23-27). Madrid: Fundación 1º de mayo.
- (2015). Agradecimientos. En, BEIRAS CAL, H. y SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coords.), *La Sanidad no se vende: manual para la defensa de la Sanidad Pública*, (pp.13-14). Madrid: Akal.
- SÁNCHEZ BAYLE, M. y FERNÁNDEZ RUIZ, S. (2015). Capítulo VII. Breve historia de la Sanidad Pública Española. En, BEIRAS CAL, H. y SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coords.), *La Sanidad no se vende: manual para la defensa de la Sanidad Pública*, (pp.83-100). Madrid: Akal.
- (2019). El marco legal de las privatizaciones. En, SÁNCHEZ BAYLE, M. (Coord.), *Privatización sanitaria: análisis y alternativas*, (pp.75-80). Barcelona: El viejo topo.
- SÁNCHEZ BAYLE, M. y VAAMONDE GARCÍA, P. (2014a). 1. Presentación. En, VAAMONDE GARCÍA, P. (Coord.), *La salud como negocio*, (pp.23-41). Santiago de Compostela: Edición Laiovento.
- (2014b). 1. La contrarreforma sanitaria. En, VAAMONDE GARCÍA, P. (Coord.), *La salud como negocio*, (pp.45-59). Santiago de Compostela: Edición Laiovento.
- SANTIAGO REDONDO, K. (2018). Artículo 43. En, RODRÍGUEZ-PIÑERO Y BRAVO FERRER, M. y CASAS BAAMONDE, M.^a E. (Dirs.), *Comentarios a la Constitución Española, Tomo I. Conmemoración del XL aniversario de la Constitución*, (pp.1345-1359). Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
- SEN, A. (1988). ¿Igualdad de qué? En, MCMURRIN, S.M. (Ed.), *Libertad, igualdad, derecho*, (pp.136-148). Barcelona: Ariel.
- SEUBA HERNÁNDEZ, X. (2010). Capítulo VII. Derecho internacional de los derechos humanos y acceso a medicamentos. En, *La protección de la salud ante la regulación internacional de los productos farmacéuticos*, (pp.293-341). Madrid: Marcial Pons.

- SILVEIRA GORSKI, H.C. (2007). Capítulo 4. Los desafíos de la nueva genética. En, MÉNDEZ BAIGES, V. y SILVEIRA GORSKI, H.C., *Bioética y derecho*, (pp.154-198). Barcelona: Editorial UOC.
- (2008). La legislación biomédica ante la tecnociencia genética. En, SILVEIRA GORSKI, H.C. (Ed.), *El derecho a la biotecnología: estudios sobre la nueva legislación española en biomedicina*, (pp.15-46). Barcelona: Icaria.
- (2014). Por un espacio público no estatal. Contra la hegemonía neoliberal y el declive de la democracia. En, RIVERA BEIRAS, I. (Coord.), *Delitos de los Estados, de los Mercados y daño social: debates en Criminología crítica y Sociología jurídico-penal*, (pp.99-112). Barcelona: Anthropos Editorial/OSPDH.
- (2018). Capítulo III. Esfera pública y derecho a la alimentación. En, MARTÍN LÓPEZ, M.A. (Coord.), *Haciendo realidad el derecho a la alimentación en España*, (pp. 49-69). Sevilla: Ediciones Egregius.
- TAMAMES, R. (2017). I. La sanidad pública y la CPP. En, TAMAMES, R. ET AL., *La gobernanza de la salud pública: excelencia o ideología*, (pp.29-52). Córdoba: Almuzara.
- TANGIR, O. (2006). Estudio preliminar. En, KRAMER, H. y SPRENGER, J., *Malleus Maleficarum – El martillo de los brujos: El libro infame de la Inquisición*, (pp.5-41). Barcelona: Reditar.
- TORRES BOUZA, X. M.^a (2018). El largo camino del sofosbuvir. Raymond Schinazzi. Pharmasset. Gilead. En, COSTAS, E. y TORRES, X. M.^a (Coord.), *Hepatitis C: La revolución de los pacientes*, (pp.113-133). Paterna: Farmamundi.
- TORRES GONZÁLEZ, F., SABANDO, P. y LAMATA, F. (2020). Introducción. En, SABANDO, P., TORRES-GONZÁLEZ, F. y LAMATA, F. (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, (pp.XI-XIV). Madrid: Díaz de Santos.
- TRUMMER, U. (2019). 6. Health care for the absolute poor. En, GAISBAUER, H.P., SCHWEIGER, G. y SEDMAK, C. (Eds.), *Absolute poverty in Europe: Interdisciplinary perspectives on a hidden phenomenon*, (pp.121-136). Bristol: Bristol University Press.
- TULCHINSKY, T. (2018). Chapter 8: Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. En, *Case Studies in Public Health*, (pp.131-179). Cambridge: Academic Press.
- VALLRIBERA RODRÍGUEZ, P. (2020). Los cambios necesarios en el sistema de salud post COVID. En, GARCÍA GUAJARDO, J. (Coord.), *El cambio del cambio*, (pp.107-108). Iruña: Club Gertech.
- VELÁSQUEZ, G. (2008). Acceso a medicamentos en perspectiva global: retos, respuestas y derechos. En, SEUBA HERNÁNDEZ, X. (Coord.), *Salud pública y patentes farmacéuticas. Cuestiones de economía, política y derecho*, (pp.16-40). Barcelona: J.M. Bosch Editor, S.A.
- (2009). Estrategia mundial de la OMS sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. En, VV.AA, *Esenciales para la vida: jornadas sobre la problemática del acceso a medicamentos esenciales y posibles soluciones*, (pp.91-103). Paterna: Farmamundi.
- (2015). Pautas de patentabilidad y el acceso a medicamentos. En, VV. AA., *Una reflexión sobre el comercio internacional, la propiedad intelectual y el derecho a la salud: ponencias y comunicaciones*, (pp.11-46). Huesca: Farmamundi.
- (2018). 1.3. El acceso a tratamientos para el virus de la hepatitis C -HCV-: un problema mundial. En, COSTAS, E. y TORRES, X. M.^a (Coord.), *Hepatitis C: la revolución de los pacientes*, (pp.61-88). Paterna: Farmamundi.

- WILSON, K., ESMAIL, L. y COHEN, J.C. (2006). 24. National responsibility in the provision of basic medicines. En, COHEN, J.C., ILLINGWORTH, P. y SCHÜKLENK, U. (Eds.), *The Power of Pills: Social, Ethical and Legal Issues in Drug Development, Marketing and Pricing*, (pp.260-271). Londres: Pluto Press
- WITCHER, S. (2013). 5. Social exclusion. En, *Inclusive equality: A vision for social justice*, (pp.127-154). Bristol: Bristol University Press.
- WOLFGANG, H. y MOON, S. (2013). Chapter 5. The HIV/AIDS Crisis: The Rise of the Access Norm. En, *Informal Norms in Global Governance: Human Rights, Intellectual Property Rules and Access to Medicines*, (pp.67-105). Farnham: Ashgate.
- WONG, S. y RAMOS TOLEDANO, J. (2021). La expansión de la propiedad. En, ESTÉVEZ ARAÚJO, J.A. (Ed.), *El derecho ya no es lo que era: las transformaciones jurídicas en la globalización neoliberal*, (pp.195-216). Madrid: Trotta.
- ZAFFARONI, E.R. (2012b). Presentación. En MORRISON, W., *Criminología, civilización y nuevo orden mundial*, (pp.IX-XXIV). Barcelona: Anthropos.

REVISTAS: ARTÍCULOS

- ACOSTA, A. ET AL. (2019). Judicialización del acceso a medicamentos en el contexto suramericano. *Revista de Direito Sanitário*, 20(1), 32-62.
- AGERBO, E. (2005). Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(7), 598-602.
- AJPH (1926). Ethics and Patents. *American Journal of Public Health*, 16(9), 919-920.
- ALDAZ ARREGUI, J. (2014). La institución del castigo en la sociedad del control social incontrolado: una propuesta desde la evaluación para una institución de castigo corresponsabilizadora. *International e-journal of criminal sciences*, (8), 1-21.
- ALEXANDER, S.P.H. ET AL. (2020). A rational roadmap for SARS-CoV-2/COVID-19 pharmacotherapeutic research and development: IUPHAR Review 29. *British Journal of Pharmacology*, 177(21), 4942-4966.
- ANDERSON, E. (1999). What is the Point of Equality? *Ethics*, 109(2), 287-337.
- ANNUS, A. (2020). The Spiritual Dimensions of Healing Rituals in Ancient Mesopotamia. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2486-2503.
- ARIAS MARÍN, A. (2012). Teoría crítica y derechos humanos: hacia un concepto crítico de víctima. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 36(4).
- ARNESON, R.J. (1989). Equality and Equal Opportunity for Welfare. *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, 56(1), 77-93.
- ATHREYE, S., PISCITELLO, L. y SHADLEN, K.C. (2020). Twenty-five years since TRIPS: Patent policy and international business. *Journal of International Business Policy*, 3, 315-328.
- BACIGALUPE, A. ET AL. (2016). Why is There so Much Controversy Regarding the Population Health Impact of the Great Recession? Reflections on Three Case Studies. *International Journal of Health Services*, 46(1), 5-35.
- BARATTA, A. (1989). Derechos humanos: entre violencia estructural y violencia penal. Por la pacificación de los conflictos violentos. *Nuevo Foro Penal*, (46), 443-457.
- BARCELONA, P. (1996). Pensar la alteridad. *Debate feminista*, (13), 95-99.

- BARTOLL, X. ET AL. (2013). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24(3), 415-418.
- BAUMBACH, A. y GULIS, G. (2014). Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *European Journal of Public Health*, 24(3), 399-403.
- BENSTON, M. (1969). The Political Economy of Women's Liberation. *Monthly Review*, 21(4), 13-27.
- BERGALLI, R. (1983b). Criminología del "White-Collar crime": forma-estado y proceso de concentración económica. *Estudios Penales y Criminológicos*, VII(7), 28-69.
- BERNAT, I. (2014). Desahuciando inmigrantes: una etnografía en una comunidad dañada. *Revista Crítica Penal y Poder*, (7), 35-63.
- BHALLA, A. y LAPEYRE, F. (1997). Social Exclusion: Towards and Analytical and Operational Framework. *Development and Change*, 28, 413-433.
- BIGDELI, M. ET AL. (2013). Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy and Planning*, 28(7), 692-704.
- BIRN, A.E. (2014). Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. *Hypothesis*, 12(1): e8.
- BISSELL, K. ET AL. (2019). Essential Medicines at the National Level: The Global Asthma Network's Essential Asthma Medicines Survey 2014. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4): 605.
- BOCANEGRA, K. (2012). Patentes y medicamentos genéricos en Brasil: Generalidades, evolución y actualidad (2001-2010). *OMAL*, 1-29.
- BOLLIGER, L. y ARO, A.R. (2018). Europe's Refugee Crisis and the Human Right of Access to Health Care. *Harvard Public Health Review*, 20, 1-11.
- BONDIA GARCÍA, D. (2014). The emerging human rights revolution: the beginning of the fifth historical process in the consolidation of human rights. *The Age of Human Rights Journal*, (3), 63-101.
- BORRELL, C. ET AL. (2014). El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español. *Salud Colectiva*, 10(1), 95-98.
- BOUZAROVSKI, S. y PETROVA, S. (2015). A global perspective on domestic energy deprivation: Overcoming the energy poverty–fuel poverty binary. *Energy Research & Social Science*, (10), 31–40.
- BRIGGS, D. (2017). Los siete pecados del capitalismo académico y el crimen de la ciencia. *Criminología y Justicia Refurbished*, 2(3), 1-22.
- BROWN, W. (2004). "The Most We Can Hope For... ": Human Rights and the Politics of Fatalism. *The South Atlantic Quarterly*, 103(2-3), 451-463.
- BUCHANAN, A.E. (1984). The Right to a Decent Minimum of Health Care. *Philosophy and public affairs*, 13(1), 55-78.
- BUHIGAS CARDÓ, M.R., SUÑÉ NEGRE, J.M. y BEL PRIETO, E. (2012). La calidad de los medicamentos fabricados industrialmente en España entre 1850 y 1950. Revisión de los requerimientos de calidad establecidos para los medicamentos en la legislación oficial durante este período. *Ars Pharmaceutica*, 53(1), 17-22.

- BUSSE, R. ET AL. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity: self-governance, and competition. *Lancet*, 390, 882-897.
- BUTTERWORTH, P., RODGERS, B. y WINDSOR, T.D. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: results from PATH Through Life Survey. *Social Science & Medicine*, 69(2), 229-237.
- CARLEN, P. ([2014]2015). Una criminología justa, imaginativa y autónoma. El legajo de Jock Young. *Revista Crítica Pena y Poder*, (8), 154-168.
- CARRASCO BENGEOA, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 3(1), 39-56.
- CASAS ROJO, J.M. ET AL. (2020). Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: results from the SEMICOVID-19 Network. *Revista Clínica Española*, 220(8), 480-494.
- CASTRO, A. y FARMER, P. (2003). El Sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social*, (17), 29-47.
- CHOO, Q.-L. ET AL (1989). Isolation of a cDNA Clone Derived from a Blood-Borne Non-A, Non-B Viral Hepatitis Genome. *Science*, 244(4902), 359-362.
- CHRISTODOULOU, N.G. y CHRISTODOULOU, G.N. (2013). Financial Crises: Impact on Mental Health and Suggested Responses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 279-284.
- COHEN, G.A. (1997). Where the Action is: On the Site of Distributive Justice. *Philosophy & Public Affairs*, 26(1), 3-30.
- COSTA, P. ([2010]2012). Derechos y Democracia. *Andamios*, 9(18), 163-216.
- CUETO, M., BROWN, T. y FEE, E. (2011). El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, 38(69), 129-156.
- DANIELS, N. (1981). Health Care Needs and Distributive Justice. *Philosophy & Public Affairs*, 10(2), 146-179.
- (1982). Equity of Access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 60(1), 51-81.
- DARA, M. ET AL. (2015). Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *International Journal of Infectious Diseases*, 32, 111-117.
- DE GIORGI, A. (2014). Reform or Revolution: Thoughts on Liberal and Radical Criminologies. *Social Justice*, 40(1-2), 24-31.
- DE LA CALLE VELASCO, M.^a D. (1984). La Comisión de Reformas Sociales: de la represión al análisis de la conflictivas social. *Studia histórica. Historia contemporánea*, (2), 13-40.
- DE OLIVEIRA RIBEIRO, C. y CAMPOS PAVONE ZOBOLI, E.L. (2007). Pobreza, bioética e investigación. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, (15), 843-849.
- DE SOUSA SANTOS, B. (1989). Da Ideia da Universidade à Universidade de Ideias. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (27-28), 11-62.
- (2007). La universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad. *Revista Umbrals*, (15), 13-70.
- DEMBOUR, M.B. (2010). What Are Human Rights? Four Schools of Thought. *Human Rights Quarterly*, 32(1), 1-20.

- DEVER, G.E.A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466.
- DIAGO, M. (2001). Transmisión de la hepatitis C. *GH Continuada*, 1(2), 55-59.
- DIEDERICHS, C., KLOTMANN, K. y SCHWARTZ, F.W. (2008). Zur historischen Entwicklung der deutschen Gesundheitsversorgung und ihrer Reformansätze. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51(5), 547-551.
- DOLAN, K. ET AL. (2016). Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *The Lancet*, 388, 1089-1102.
- DOMÍNGUEZ, J.P. y LUGO, A. (2013). La ciencia social crítica y la escuela de Fráncfort. *Revista Visión Electrónica*, (2), 205-213.
- DRAHOS, P. (1995). Global property right in information: The story of TRIPS at the GATT. *Prometheus*, 13(1), 6-19.
- (1997). Thinking strategically about intellectual property rights. *Telecommunications Policy*, 21(3), 201-211.
- DWORKIN, R. (1994). Will Clinton's Plan Be Fair? *New York Review Books*, 42(1-2), 20-25.
- ENOCH, J. y PIOT, P. (2017). Human Rights in the Fourth Decade of the HIV/AIDS Response: An Inspiring Legacy and Urgent Imperative. *Health and Human Rights*, 19(2), 117-122.
- ESCUADERO, J. M. (2005). Fracaso escolar, exclusión educativa: ¿De qué se excluye y cómo? Profesorado: *Revista de currículum y formación del profesorado*, 9(1).
- y DOMÍNGUEZ, B. M. (2011). Educación inclusiva y cambio escolar. *Revista iberoamericana de educación*, (55), 85-105.
- FARGE COLLAZOS, C. (2007). El Estado de bienestar. *Enfoques: revista de la Universidad Adventista de Plata*, 19(1-2), 45-54.
- FELSTINER, W.L., ABEL, R.L. y SARAT, A. (1980). The Emergence and Transformation of Disputes: Naming, Blaming, Claiming. *Law Society Review*, 15(3), 631-654.
- FERNÁNDEZ ORTIZ DE ZÁRATE, G. (2015a). Alternativas para disfrutar el poder, el ser y el saber a las transnacionales. *Pueblos. Revista de Información y debate*, (66), 28-31.
- (2015b). Alternativas al poder corporativo: bosquejo de un marco de referencia para la disputa del conflicto capital-vida. *Lan Harremanak*, (33), 16-52.
- FERRAJOLI, L. ([2012]2013). Criminología, crímenes globales y derecho penal: el debate epistemológico en la criminología contemporánea. *Revista Crítica Penal y Poder*, (4), 1-11.
- FORERO, A. (2019). Estados de negación, corporativismo y criminalización de la denuncia contra la violencia institucional. *Revista Crítica Penal y Poder*, (17), 10-16.
- FOUCAULT, M. ([1974]2018). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 172-183.
- FRAGA, E. (2018). Movimiento estudiantil y Nueva Izquierda en los Estados Unidos de los 60's. Su defensa y crítica en Wright Mills y Marcuse. *Argumentos: revista de crítica social*, (20), 181-202.
- FRIEDMAN, J. y SCHADY, N. (2013). How many infants likely died in Africa as a result of the 2008-2009 global financial crisis? *Health Economics*, 22, 611-622.

- FRIEDRICH, D.O. y VEGH WEIS, V. (2021). COVID-19 and the U.S. Health Care Industry: Towards a "Critical Health Criminology" within State Crime Studies. *State Crime Journal*, 10(1), 126-146.
- GALLIE, W.B. (1956). Essentially Contested Concepts. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 56, 167-198.
- GALTUNG, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6, 167-191.
- GARLAND, D. (2012). Review: Criminology, culture, critique. Reviewed Work: *The Criminological Imagination* by Jock Young. *The British Journal of Criminology*, 52(2), 417-425.
- GARSDIE, R. (2013). Abordar el daño social: ¿mejor regulación o transformación social? *Revista Crítica Penal y Poder*, (5), 225-246.
- GIACCAGLIA, C. (2010). El accionar de India, Brasil y Sudáfrica (IBSA) en las negociaciones mundiales en materia de salud. La cuestión de las patentes farmacéuticas. *Papel Político*, 15(1), 285-305.
- GILI, M. ET AL. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.
- GÓMEZ-DANTÉS, O. y KHOSHNOOD, B. (1991). La evolución de la salud en el siglo XX. *Salud Pública de México*, 33(4), 314-329.
- GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, A. (1995). La Comisión de Reformas Sociales: reformismo y clases trabajadoras en la Sevilla de finales del siglo XIX. *Revista de historia contemporánea*, (6), 95-118.
- GORDON, C.J. ET AL. (2020). Remdesivir is a direct-acting antiviral that inhibits RNA-dependent RNA polymerase from severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 with high potency. *Journal Biological Chemistry*, 295(20), 6785-6797.
- GRIFFIN, O.H. y MILLER, B.L. (2010). OxyContin and a Regulation Deficiency of the Pharmaceutical Industry: Rethinking State-Corporate Crime. *Critical Criminology*, 19(3), 213-226.
- GREIG, M. (2021). El retorno de la Trampa de Tucídides: la Gran Estrategia de Estados Unidos y China frente a la disputa hegemónica desde la perspectiva de la economía política de sistemas-mundo. *Geopolítica(s), Revista de estudios sobre espacio y poder*, 12(1), 99-122.
- GREIN, J.D. ET AL. (2020). Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 382, 2327-2336.
- HERRERO, Y. (2013). Miradas ecofeministas para transitar a un mundo justo y sostenible. *Revista de Economía Crítica*, (16), 278-307.
- HILL, A. ET AL. (2016). Rapid reductions in prices for generic sofosbuvir and daclatasvir to treat hepatitis C. *Journal of virus eradication*, 2(1), 28-31.
- (2020). Minimum costs to manufacture new treatments for COVID-19. *Journal of Virus Eradication*, 6(2), 61-69.
- HILLYARD, P. y TOMBS, S. (2013). ¿Más allá de la criminología? *Revista Crítica Penal y Poder*, (4), 175-196.
- HINTIKKA, J., SAARINEN, P.I. y VIINAMÄKI, H. (1999). Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 85-88.

- HOGERZEIL, H.V. ET AL. (2006). Is Access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *The Lancet*, 368, 305-311.
- HOGERZEIL, H.V. (2004). The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ, British Medical Journal*, 329(7475), 1169-1172.
- HOMBURG, E. (2018). Chemistry and Industry: A Tale of Two Moving Targets. *Isis*, 109(3), 565-576.
- HOUGHTON, M. (2009). The long and winding road leading to the identification of the hepatitis C virus. *Journal of Hepatology*, 51(5), 939-948.
- HUBER, M. ET AL. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343: d4163
- JIMÉNEZ, D. (2016a). Razones de Mercado-Estado y Economía Política del Crimen. *Sortuz. Oñati Journal of Emergent Socio-legal Studies*, 8(1), 51-70.
- (2016b). Abandono, expulsión y sistema penal. Producción de daño social y administración deudocrática de castigo. Extracto revisado de *Mercado-Estado-Cárcel en la democracia neoliberal español (cap. IV: Fin de ciclo)*. Barcelona: Anthropos.
- JIMÉNEZ GALÁN, R. ET AL. (2014). Nuevos fármacos en el abordaje terapéutico de la hepatitis C. *Farmacia Hospitalaria*, 38(3), 231-247.
- JORI, G. (2013). Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII. *Revista de Geografía Norte Grande*, 54, 120-153.
- JORNET SOMOZA, A. (2017). Nuestro cuerpo también: pensar en precario en la España de la crisis. *Artes del ensayo. Revista internacional sobre el ensayo hispánico*, (1), 153-182.
- JURUA, M. (2017). Access to Drugs at Risk: Securing Access to Medicines for Least Developed Countries. *Africa Development/Afrique et Développement*, 42(1), 101-120.
- KANT, E. ([1784]2009). ¿Qué es la Ilustración? *Foro de Educación*, (11), 249-254.
- KLUG, H. (2012). Access to Medicines and the Transformation of the South African State: Exploring the Interaction of Legal and Policy Changes in Health, Intellectual Property, Trade, and Competition Law in the Context of South Africa's HIV/AIDS Pandemic. *Law & Social Inquiry*, 37(2), 297-329.
- LAMATA COTANDA, F. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. *Gaceta Sanitaria*, 8(43), 189-194.
- LENTACKER, A. (2019). The Drug Fetish: Capitalism, the Mass Press, and the Body of Worker in Austrian Socialism, 1888-1920. *The Journal of Modern History*, 91(1), 38-73.
- LEWIS, G. y SLOGGETT, A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*, 317(7168), 1283-1286.
- LIGHT, D.W. y WARBURTON, R. (2011). Demythologizing the high costs of pharmaceutical research. *BioSocieties*, 6, 34-50.
- MARTORELL, J. (2002). Cómo las compañías farmacéuticas subordinan la vida humana a sus beneficios. *Ecología política*, (23), 135-140.
- MATE, R. (2005). La memoria de Auschwitz hoy. *Conciencia Activa* 21, (8), 15-30.
- MCKIE, J. ET AL. (1996). Allocating Healthcare By QALYs: The Relevance of Age. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 5, 534-545.
- MELOSSI, D. (1984). ¿Está en crisis la criminología crítica? *Nuevo Foro Penal*, 12(26), 511-521.

- MERCURO, N.J. ET AL. (2020). Risk of QT Interval Prolongation Associated With Use of Hydroxychloroquine With or Without Concomitant Azithromycin Among Hospitalized Patients Testing Positive for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Jama Cardiology*, 5(9), 1036-1041.
- MICHALOWSKI, R. y BROWN, M. (2020). Poisoning for Profit: Regulatory Rollback, Public Health, and State-Facilitated Corporate Crime. *Journal of White Collar and Corporate Crime*, 1(2), 113-122.
- MOGOLLÓN GARCÍA, I. y LEGARRETA IZA, M. (2015). Estrategias colectivas para la sostenibilidad de la vida en tiempos de crisis: el caso de Calafou. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, (9), a0904.
- MOHD HANAFIAH, K. ET AL. (2013). Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. *Hepatology*, 57(4), 1333-1342.
- MORA, F., FLOREZ, G.I. y ROVETTO, P. (2015). La narrativa médica, una herramienta que humaniza. *Revista Estudios*, (31), 1-14.
- MORGAN, S.G. y LEE, A. (2017). Cost-related non-adherence to prescribed medicines among older adults: a cross-sectional analysis of a survey in 11 developed countries. *BMJ Open*, 7(1), e014287.
- MURILLO DE LA CUEVA, E.L. (2019). Derechos humanos y atención sanitaria ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Revista Derecho y Salud*, 29, 6-30.
- NANI ALVARADO, D.F. (2012). La investigación-acción: cartografía de su epistemología y científicidad cualitativas. *Aposta. Revista de ciencias sociales*, (53), 1-22.
- NATALI, L. (2014). Green criminology, victimización medioambiental y social harm. El caso de Huelva (España). *Revista Crítica Penal y Poder*, (7), 5-34.
- NAVARRO, V. (1998). El derecho a la protección de la salud. *Derechos y libertades. Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*, (6), 137-160.
- (2012). The crisis and fiscal policies in the peripheral countries of the eurozone. *International Journal of Health Services*, 42(1), 1-7.
- (2015). Report form Spain: The Political Context of the Dismantling of the Spanish Welfare State. *International Journal of Health Service*, 45(3), 405-414.
- NEOGI, U. ET AL. (2020). Feasibility of Known RNA Polymerase Inhibitors as Anti-SARS-CoV-2 Drugs. *Pathogens*, 9(5), 320.
- NOSTRÖM, T. y GRÖNQVIST, H. (2015). The Great Recession, unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69(2), 110-116.
- NOVOA, A., GERVÁS, J. y PONTE, C. (2014). Salvaguardas, deriva institucional e industrias farmacéuticas, *AMF*, 10(7), 373-382.
- NOVOA MONREAL, E. (1985). ¿Desorientación epistemológica en la Criminología crítica? *Doctrina Penal*, (30), 18-31.
- O'CONNELL, P. (2007). On Reconciling Irreconcilables: Neoliberal Globalisation and Human Rights. *Human Rights Law Review*, 7(3), 483-509.
- OOMS, G.I. ET AL. (2019). Barriers to Accessing Internationally Controlled Essential Medicines in Uganda: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(5), 835-843.
- ORTEGA GÓMEZ, M. (2016). El derecho de acceso a los medicamentos y el derecho de patente en países en desarrollo. *Revista de Bioética y Derecho*, (37), 23-26.

- OSTAMO, A. y LÖNNQVIST, J. (2001). Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 354-360.
- PARCET, M. (2011). El Sistema sanitario alemán. *Panacea*, 12(34), 285-294.
- PAVARINI, M. (1975). Ricerca in tema di criminalità económica. La questione criminale. *Rivista di ricerca e dibattito su devianza e controllo sociale*, 3, 537-545.
- PEMBERTON, S. (2007). Social harm future(s): exploring the potential of the social harm approach. *Crime, Law and Social Change*, (48), 27-41.
- PERDIGUERO GIL, E. y COMELLES, J.M. (2018). The defence of health. The debates on health reform in 1970s Spain. *Dynamis*, 39(1), 45-72.
- PERHUDOFF, K., BERRO PIZZAROSSA, L. Y STEKELENBURG, J. (2018). Realising the right to sexual and reproductive health: Access to essential medicines for medical abortion as a core obligation. *BMC International Health and Human Rights*, 18: 8.
- PICCHIO, A. (2009). Condiciones de vida: perspectivas, análisis económico y políticas públicas. *Revista de Economía crítica*, (7), 27-54.
- POGGE, T. (2008). Medicamentos para el mundo: impulsar la innovación sin obstaculizar el libre acceso. *Sur: Revista Internacional de Derechos Humanos*, (8), 120-147.
- POLLOCK, A. (2014). Places of pharmaceutical knowledge-making: Global Health, postcolonial science, and hope in South African drug discovery. *Social Studies of Science*, 44(6), 848-873.
- PREDIQUE, B. ET AL. (2013). The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000-11): a systematic assessment. *The Lancet*, 1(6), e371-e379.
- PRESCRIRE (2017). L'année 2016 du médicament : un système qui favorise l'imitation plutôt que la recherche de réels progrès. *La Revue Prescrire*, 37(400), 132-136.
- PUYOL GONZÁLEZ, A. (2000). ¿A quién debemos dejar morir? *Claves de Razón Práctica*, (103), 54-59.
- PUZIN, S.S. ET AL. (2019). Protection of the Rights of Disabled People to Access Medicines. *Advances in Gerontology*, 9(1), 56-61.
- RAJMIL, L. ET AL. (2013). Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: a before-after approach. *BMJ Open*, 3(8): e003286.
- (2014). Impact of the 2008 economic and financial crisis on child health: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(6), 6528-6546.
- RAMOS TOLEDANO, J. (2017). De cultura a mercancía. La configuración de la propiedad intelectual en el marco de la organización mundial del comercio. *Revista la propiedad inmaterial*, (24), 67-94.
- RIVERA BEIRAS, I. (2011). La memoria: categoría epistemológica para el abordaje de la historia y las ciencias penales. *Revista Crítica Penal y Poder*, (1), 40-55.
- (2015). Actuarialismo penitenciario. Su recepción en España. *Revista Crítica Penal y Poder*, (9), 102-144.
- (2016). Hacia una criminología crítica global. *Athenea Digital*, 16(1), 23-41.
- RODRÍGUEZ NOZAL, R. y GONZÁLEZ BUENO, A. (2004). De objeto de consumo a producto sanitario: primeros proyectos sobre el control sanitario del medicamento en España. *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las ciencias y de las Técnicas*, 27(58), 147-164.

- ROVIRA FORNS, J. (2015). Precios de los medicamentos: cómo se establecen y cuáles son sus sistemas de control. *Salud colectiva*, 11(1), 35-48.
- ROY, V. y KING, L. (2016). Betting on hepatitis C: how financial speculation in drug development influences access to medicines. *BMJ*, 354: i3718.
- SADE, R.M. (1971). Medical Care as a Right: A Refutation. *New England Journal of Medicine*, (285), 1288-1292.
- SÁNCHEZ AGESTA, L. (1981). Orígenes de la política social en la España de la Restauración. *Revista de Derecho Político*, (8), 9-19.
- SÁNCHEZ BAYLE, M. (2012). Comienza la contrarreforma sanitaria. *Lan Harremanak*, (27), 175-188.
- SÁNCHEZ MUÑOZ, C. (2011). 11. Responsabilitat. La responsabilidad política en Hannah Arendt. *Taula, quaderns de pensament*, (43), 159-170.
- (2013). Responsabilidades globales e injusticias estructurales: una lectura de Iris Marion Young. *Enrahonar: an international journal of theoretical and practical reason*, (51), 61-76.
- SANDE, F.J. (2018). Recorrido sobre las rupturas epistemológicas en la cuestión criminal y escenario(s) presente(s). *Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*, (48), 677-694.
- SANTANNA, P. (2002). Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Science and Medicine*, 55(1), 33-45.
- SILVEIRA GORSKI, H.C. (2010). La democratización de la investigación biomédica. *Anuario de filosofía del derecho*, (26), 177-192.
- (2017a). El cuarto poder y la protección de lo común (I). *Revista Crítica Penal y Poder*, (12), 1-33.
- (2017b). El cuarto poder y la protección de lo común (II). *Revista Crítica Penal y Poder*, (13), 1-36.
- SO, A.D. y WOO, J. (2020). Reserving coronavirus disease 2019 vaccines for global access: cross sectional analysis. *BMJ*, 371: m4750.
- STANSFELD, S. ET AL. (1999). Psychosocial factor and the explanation of socioeconomic gradients in common mental disorders. *Health Variations*, 4, 4-5.
- STIGLITZ, J.E. (2008). Economic Foundations of Intellectual Property Rights. *Duke Law Journal*, 57(6), 1693-1724.
- STRAUSS, Z. y HORSTEN, D. (2013). A human rights-based approach to poverty reduction: the role of the right of access to medicine as an element of the right of access to health care. *Potchefstroom Electronic Law Journal*, 16(3), 336-375.
- STUCKLER, D. ET AL. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374, 315-323.
- SUN, N. y AMON, J.J. (2018). Addressing Inequity: Neglected Tropical Diseases and Human Rights. *Health and Human Rights*, 20(1), 11-25.
- SUNDARAM, J. (2015). Analysis of TRIPS Agreement and the justification of international ip rights protection in the wto's multilateral trading system, with particular reference to pharmaceutical patents. *Information & Communications Technology Law*, 24(2), 121-163.

- SUVAJDZIC, L. ET AL. (2016). Hippocrates-The father of modern medicine. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(12), 1181-1186.
- SYKES, G.M. y MATZA, D. (1957). Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency. *American Sociological Review*, (22), 664-670.
- T HOEN, E.F.M., BOULET, P. y BAKER, B.K. (2017). Data exclusivity exceptions and compulsory licensing to promote generic medicines in the European Union: A proposal for greater coherence in European pharmaceutical legislation. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 10:19.
- T HOEN, E.F.M. ET AL. (2018). Medicine procurement and the use of flexibilities in the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, 2001-2016. *Bulletin of the World Health Organization*, 96, 185-193.
- TIEFENBACHER, M. (1977). World pharmaceutical news. *SCRIPT*, (259).
- TOFFOLUTTI, V. y SUHRCKE, M. (2014). Assessing the short-term health impact of the Great Recession in the European Union: a cross-country panel analysis. *Preventive Medicine*, 64, 54-62.
- TOMBS, S. (2012). State Corporate Symbiosis and the Production of Crime and Harm. *State Crime*, 1(2), 170-195.
- TORREELE, E., MAZZUCATO, M. y LISHI LI, H. (2021) Delivering the people's vaccine: challenges and proposals for the biopharmaceutical innovation system. *UCL Institute for Innovation and Public Purpose, Policy Brief Series*, (12), 1-10.
- TORRIENTE, A., TADION, A. y HSU, L.-N. (2016). Opening the Door Zero New HIV Infections in Closed Settings. *Health and Human Rights*, 18(1), 157-168.
- TROULLIER, P. ET AL. (2002). Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. *The Lancet*, 359, 2188-2194.
- URBANOS GARRIDO, R.M. y LÓPEZ VALCARCEL, B.L. (2015). The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *The European Journal of Health Economics*, 16, 175-184.
- VALLS LLOBET, C. (2010). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la interioridad. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, (26), 38-45.
- VALVERDE GEFAELL, C. (2005a). ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. *Atención Primaria*, 36(3), 159-161.
- (2005b). Resistir la reducción de la medicina genética. *Norte de Salud Mental*, (24), 10-14.
- (2006). El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas. *Norte de Salud Mental*, (25), 71-81.
- (2009). Los pacientes sangran historias: un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos. *Norte de Salud Mental*, (34), 75-84.
- VAN DE VEN, N. ET AL. (2014). Minimum target prices for production of direct acting antivirals and associated diagnostics to combat Hepatitis C Virus. *Hepatology*, 61(4), 1174-1182.
- VAN SWAANINGEN, R. (2002). Justicia Social en la criminología crítica del nuevo milenio. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, (10), 265-291.
- VARGAS PELÁEZ, C.M. ET AL (2014). Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – A scoping study. *Social Science & Medicine*, (121), 48-55.

- VAUGHN, M. G., ET AL. (2020). Health Criminology: New Developments in an Emerging Paradigm. *The Criminologist*, 45(3), 9-13.
- VAWDA, Y.A. y BAKER, B.K. (2013). Achieving social justice in the human rights/intellectual property debate: Realising the goal of access to medicines. *African Human Rights Law Journal*, 13, 55-81.
- VENTURA, M. ET AL. (2010). Judicialization of the right to health, access to justice and the effectiveness of the right to health. *Physis*, 20(1), 77-100.
- VILAR, J.B. (2000). Las emigraciones españolas a Europa en el siglo XX: algunas cuestiones a debatir. *Migraciones & Exilios: Cuadernos de la Asociación para el estudio de los exilios y migraciones ibéricos contemporáneos*, (1), 131-159.
- VILAR RODRÍGUEZ, M. y PONS PONS, J. (2018). El debate en torno al seguro de salud público y privado en España: desde la transición política a la Ley General de Sanidad (1975-1986). *Historia y Política*, (39), 261-290.
- VLACHADIS, N. y KORNAROU, E. (2013). Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis. *BMJ*, 346: f1061.
- VOGLER, S., ÖSTERLE, A. y MEYER, S. (2015). Inequalities in Medicine Use in Central Eastern Europe: An Empirical Investigation of Socioeconomic Determinants in Eight Countries. *International Journal for Equity in Health*, 14(124).
- WENHAM, C., SMITH, J. y MORGAN, R. (2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846-848.
- WHITLEY, E. ET AL (1999). Ecological study of social fragmentation, poverty and suicide. *BMJ*, 319, 1034-1037.
- WILSON, K. ET AL. (2007). Linking Social Exclusion and Health: Explorations in Contrasting neighbourhoods in Hamilton, Ontario. *Canadian Journal of Urban Research*, 16(2), 126-148.
- WIRTZ, V.J. ET AL. (2017). Essential medicines for universal health coverage. *The Lancet*, 389, 403-476.
- WISE, J. (2014). Patent wars: affordable medicines versus intellectual property rights. *BMJ*, 348: g1533.
- WRIGHT MILLS, C. (1960). Letter to the New Left. *New Left Review*, (5), 18-23.
- YOUNG, I.M. (2005). Responsabilidad y justicia global: un modelo de conexión social. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, (39), 689-708.
- ZAFFARONI, E.R. (2013). El crimen de Estado como objeto de la criminología. *Libro Derechos Humanos. Reflexiones desde el Sur*.
- ZAFFARONI, E.R. y CROXATTO, G.L. (2017). Friedrich Spee: de la caza de brujas al moderno derecho penal. *Revista Pensar en Derecho*, (11), 61-104.
- ZOLTÁN, K. ET AL. (2020). Rapid development and deployment of high-volume vaccines for pandemic resource. *Journal of Advanced Manufacturing and Processing*, 2(3): e10060.
- (2021). Resources, Production Scales and Time Required for Producing RNA Vaccines for the Global Pandemic Demand. *Vaccines*, 9(1), 3.
- ZUÑIGA FAJURI, A. (2013). Desigualdad sanitaria, libertarismo e igualitarismo. *Política y gobierno*, 20(2), 335-358.

CONGRESOS: JORNADAS, PONENCIAS Y COMUNICACIONES

BALLESTER AÑÓN, R. (12 de abril, 2016). *España y la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la historia de la salud pública internacional (1948-1975)*. Discurso de recepción a la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana. Valencia.

CALZÓN FERNÁNDEZ, S. (3 de diciembre, 2020). Inauguración. *El camino hacia la sanidad universal en España. Seminario virtual organizado por REDER el 3 de diciembre de 2020*.

CORREA, C. M.^a (16 de julio, 2018). El acceso a medicamentos en el marco del derecho a la salud y en relación a los principales desafíos globales en materia de salud pública. *Curso de Verano Farmamundi 2018. Acceso a medicamentos: inequidad global en el cumplimiento del derecho a la salud*. UCM, Madrid.

DURÁN HERAS, M.^a A. (11 de julio, 2013). Sesión especial 5: La dependencia. El surgimiento de una nueva clase social en las sociedades avanzadas. *XI Congreso de la Federación Española de Sociología. Crisis y cambio: propuestas desde la sociología*. UCM, Madrid.

LACRUZ, P. (3 de diciembre, 2020). Presente y futuro de la sanidad universal en España. *El camino hacia la sanidad universal en España. Seminario virtual organizado por REDER el 3 de diciembre de 2020*.

LAMATA COTANDA, F. (17 de julio, 2018). "Sostenibilidad del acceso a medicamentos en los sistemas públicos de salud" Algunos datos para la reflexión y el debate. *Curso de Verano Farmamundi 2018. Acceso a medicamentos: inequidad global en el cumplimiento del derecho a la salud*. UCM, Madrid.

PÉREZ OROZCO, A. (24 de junio, 2021). Los cuidados en el centro: algunas certezas, ciertas dudas y mucha potencia. *Pasos hacia una sociedad que ponga el cuidado de la vida en el centro*. EHU/UPV, Donostia.

SÁNCHEZ, E. (22 de mayo, 2021). El escenario post-pandémico. *Curso el mundo después de la pandemia*. Fundación de Investigaciones Marxistas/Academia de Pensamiento Crítico.

SERRA COBO, J. (16 de septiembre, 2020). Factores ambientales y socioeconómicos que originan las pandemias. *XXXI Escuela de Salud Pública de Menorca, Edición virtual 2020 del 16 al 23 de septiembre*.

SERVET, J.M. (2001). Exclusion bancaire et financière. Un essai de définition. Conferencia ofrecida en el marco del Encuentro *Pour de nouvelles réponses à l'exclusion bancaire*, en el Institut de Recherche pour le Développement, noviembre.

TAFALLA, J. (9 de mayo 2021). Las luchas por venir. *Curso el mundo después de la pandemia*. Fundación de Investigaciones Marxistas/Academia de Pensamiento Crítico.

TERENZIANI, N.A. (2017). Aut Tiempos Difíciles. Los sentimientos, valores e ideas de la burguesía inglesa del siglo XIX. Entre Charles Dickens y Erick Hobsbawm. *XVI Jornadas Interescuelas*. Universidad Nacional del Mar del Plata, Mar del Plata.

VELÁSQUEZ, G. (2017). La industria del medicamento: ¿un negocio saludable? *Semana Galega de Filosofía*, Pontevedra.

TESIS DOCTORALES, TRABAJOS DE MÁSTER Y TRABAJOS UNIVERSITARIOS

JORNET SOMOZA, A. (2019). *Un pensar vulnerable: el ensayo de la precariedad en el campo intelectual español de la crisis económica (2018-2018)*. Tesis doctoral, Universitat de Barcelona (UB), Barcelona.

LUEVANO CAYÓN, A.R. (2018). *Justicia Sanitaria: las teorías de la justicia distributiva aplicadas al ámbito de la salud*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid (UCM), Madrid.

MONTEMAYOR DELGADO, I. (2021). *Criminología de la Precariedad: Daño social contra los trabajadores en el Estado Español*. Tesis doctoral, Universitat de Barcelona (UB), Barcelona.

WONG RAMÍREZ, S.C. (2012). *La interferencia de las patentes en el ejercicio del derecho de libertad de investigación*. Tesis doctoral, Universidade Da Coruña, A Coruña.

MEDIOS AUDIOVISUALES

MATSUMOTO, H. (Dir.)(2010). *Saya Zamurai (Scabbard Samurai)* [Película]. Tokio: Yoshimoto Creative Agency.

NOTAS Y REPORTAJES DE PRENSA

ABELLÁN, L. (15 de julio, 2014). La UE rechaza la iniciativa francesa para abaratar el fármaco contra la hepatitis C. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/sociedad/2014/07/15/actualidad/1405437719_727764.html

ACTA SANITARIA (5 de febrero, 2020). La EMA apoya el desarrollo de vacunas y tratamientos para nuevos coronavirus. *actasanitaria.com*. Recuperado el 6 de septiembre de: <https://www.actasanitaria.com/la-ema-apoya-el-desarrollo-de-vacunas-y-tratamientos-para-nuevos-coronavirus/>

AED (2019). 3er encuentro. Globalizando Galicia: un cruce de perspectivas. *Asociaciondedirectivos.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://asociaciondedirectivos.org/que-hacemos/galicia-global/>

ALONSO RUIZ, A. y DÍAZ, J.L. (23 de febrero, 2021). ¿Farmacéutica pública? *nogracias.org*. Recuperado el 6 de septiembre de: <http://www.nogracias.org/2021/02/23/farmaceutica-publica-por-adrian-alonso-y-jorge-luis-diaz/>

ÁLVAREZ BARBA, Y. (27 de enero, 2021). Los secretos tachados de los contratos de compra de vacunas de la Comisión Europea. *elsaltodiario.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiario.com/coronavirus/secretos-tachados-contratos-compra-curevac-vacunas-comision-europea>

ASGARI, N. (4 de mayo, 2021). "Pfizer's Covid vaccine revenues hit \$3.5bn in first quarter". *ft.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.ft.com/content/924d44c9-d53f-42b3-8d8e-f344107a37e0>

ASUAR, B. y SÁNCHEZ, M. (12 de diciembre, 2020). Salvador Illa: "Al final del verano estará vacunado un 70% de la población y entraremos en un estadio muy distinto". *público.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.publico.es/entrevistas/salvador-illa-final-verano-estara-vacunado-70-poblacion-entraremos-estadio-distinto.html>

ASUAR GALLEGO, B. (21 de noviembre, 2020). España rechaza la supresión de patentes que permitiría a los países pobres acceder a las vacunas contra la COVID. *público.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.publico.es/sociedad/vacuna-covid-espana-rechaza-supresion-patentes-permitiria-paises-pobres-acceder-vacunas-covid.html>

BAKER, B. (25 de marzo, 2020). Rationale for Supporting Costa Rica's Proposal for Emergency COVID-19 Technology IP Pool for All Countries. *healthgap.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://healthgap.org/rationale-for-supporting-costa-ricas-proposal-for-emergency-covid-19-technology-ip-pool-for-all-countries/>

- BALSELLS, F. (3 de octubre, 2011a). La Generalitat despedirá a 1.500 sanitarios si no renuncian a media paga extra de Navidad. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/sociedad/2011/10/03/actualidad/1317592816_850215.html
- (1 de diciembre, 2011b). Dos nuevas denuncias vinculan muertes con recortes en Cataluña. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/diario/2011/12/01/sociedad/1322694002_850215.html
- BARNÉOUD, L. (27 de noviembre, 2020). Covid-19 : comment Gilead a vendu son remdésivir à l'Europe. *lemonde.fr*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/27/covid-19-comment-gilead-a-vendu-son-remdesivir-a-l-europe_6061300_3244.html
- BELLUZ, J. y BUISSONNIERE, M. (13 de diciembre, 2019). How McKinsey infiltrated the world of global public health. *vox.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.vox.com/science-and-health/2019/12/13/21004456/bill-gates-mckinsey-global-public-health-bcg>
- BENACH, J. (26 de mayo, 2021). El “apartheid” vacunal en un espejo del capitalismo neoliberal. *ctxt.es*. recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://ctxt.es/es/20210501/Firmas/36123/apartheid-vacunas-covid-capitalismo-Joan-Benach.htm>
- BERNARDO, A. (9 de enero, 2020). La comisión vasca de transparencia oculta el precio de medicamentos para defender los intereses comerciales de las farmacéuticas. *Civio.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://civio.es/medicamentalia/2020/01/09/car-t-kymriah-precios-pais-vasco/>
- BOESEN, M. (21 de febrero, 2019). I Got A Double Mastectomy After A Genetic Test. Then I Learned The Results Were Wrong. *Huffpost.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.huffpost.com/entry/brca-genetic-testing-mastectomy_n_5c6c39f4b012225acd80d3?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2x1LmVzLWw&guce_referrer_sig=AQAAACveAOQcfCrfrhNL2qM9KlypZXdsqh9CEeRPojRiukiKngM8iCIKVF7E4wqp5ntJ1B3rAfq2UqDVv2iVHOd5kPoVXd7I4prkgVVvdEYNvKeG1f3nmq8UR87dYUfdV5P5OAepzkaf6R97nSmg4_aLwayS5Gtjvo9_c2JszYx_wuQM
- BORO, LH. (27 de marzo, 2020). Carlos Taibo: "Nos hallamos ante una crisis que se sitúa en la antesala del colapso". *lahaine.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.lahaine.org/est_espanol.php/carlos-taibo-nos-hallamos-ante
- BOSELEY, S. (18 de diciembre, 2020). Belgian minister tweets EU's Covid vaccine price list to anger of manufacturers. *theguardian.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.theguardian.com/world/2020/dec/18/belgian-minister-accidentally-tweets-eus-covid-vaccine-price-list>
- BUTLER, D. (11 de abril, 2020). Anguished nurses say Pennsylvania hospital risked infecting cancer patients, babies and staff with covid-19. *washingtonpost.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.washingtonpost.com/health/2020/04/11/amid-chaos-anguished-nurses-say-pennsylvania-hospital-risked-infecting-cancer-patients-babies-staff/>
- BUANYIMA, W. (6 de febrero, 2021). “Estamos ante un apartheid mundial de vacunas: la vida de las personas debe estar por encima de los beneficios”. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/apartheid-mundial-vacunas-vida-personas-delante-beneficios-economicos_129_7184652.html
- CANCELA, E. y JIMÉNEZ, A. (4 de octubre, 2020). Que lo viejo parezca nuevo. *elsaltodiario.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiario.com/pnv/pnv-fondos-reconstruccion-europeos-iberdrola-petronor>

- CARBALLO, J.J. (25 de octubre, 2005). Los imputados eluden responsabilidades en el 'caso aspergillus'. *20minutos.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.20minutos.es/noticia/59476/0/imputados/caso/aspergillus/>
- CARRETERO, J.L. (28 de julio, 2019). Green New Deal: ¿keynesianismo "verde" o ruptura con el capitalismo? *elsaltodiario.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiario.com/medioambiente/green-new-deal-keynesianismo-verde-ruptura-capitalismo>
- CASADO, R. (22 de agosto, 2019). CVC, gigante europeo del capital riesgo. *expansion.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.expansion.com/mercados/fondos/2019/08/22/5d5d969f468aeba8358b45c8.html>
- CAS MADRID (20 de marzo, 2020). Cas Madrid: "Nos han dejado solos". *lahaine.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://madrid.lahaine.org/cas-madrid-nos-han-dejado>
- CNN (16 de enero, 2012). Rajoy: «No podemos gastar lo que no tenemos». *cnnspanol.cnn.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://cnnspanol.cnn.com/2012/01/16/rajoy-no-podemos-gastar-lo-que-no-tenemos/>
- CORPORATE EUROPE OBSERVATORY (19 de abril, 2021). Big pharma lobby's self-serving claims block global access to vaccines. *corporateeurope.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://corporateeurope.org/en/2021/04/big-pharma-lobbys-self-serving-claims-block-global-access-vaccines>
- CUÉ, C.E. (26 de noviembre, 2014). Dimite Ana Mato para no hundir a Mariano Rajoy. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/politica/2014/11/26/actualidad/1417012981_141230.html
- CUQUERELLA, T. (16 de febrero, 2018). Ribera Salud ficha al conseller de Artur Mas que recortó 1.300 millones a la sanidad catalana. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/politica/ribera-salud-conseller-artur-millones_1_2792820.html
- DE BENITO, E. (15 de marzo, 2012). Enfermos de hepatitis C denuncian que se les niega un tratamiento para ahorrar. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/sociedad/2012/03/15/actualidad/1331829702_499384.html
- DEL CASTILLO, C. (30 de junio, 2020). "Tu exposición al virus es baja": primeras imágenes de 'Radar COVID', la app española de rastreo de contagios. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/tecnologia/informaremos-contacto-radar-covid-contagios_1_6073007.html
- DE MIGUEL, B. (5 de agosto, 2021). Europa desoye la petición de la OMS de retrasar la tercera dosis de la vacuna para ayudar a los países más pobres. *elpaís.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://elpais.com/sociedad/2021-08-05/europa-desoye-la-peticion-de-la-oms-para-ayudar-a-los-paises-mas-pobres-retrasando-la-tercera-dosis-de-la-vacuna.html>
- DIARIOFARMA (26 de marzo, 2020). Laboratorios Rubió, fabricante de hidroxiclороquina, preparado para aumentar su producción. *diariofarma.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.diariofarma.com/2020/03/26/laboratorios-rubio-fabricante-de-hidroxiclороquina-preparado-para-aumentar-su-produccion>
- EFE (25 de octubre, 2011). Boi Ruiz: "La salud depende de uno mismo, no del Estado". *elpais.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/sociedad/2011/10/25/actualidad/1319493603_850215.html

- (4 de febrero, 2020a). Embajada china: el enemigo común no son los chinos, sino el coronavirus. *efe.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.efe.com/efe/espana/portada/embajada-china-el-enemigo-comun-no-son-los-chinos-sino-coronavirus/10010-4165667>
- (3 de julio, 2020b). Bruselas autoriza el uso del Remdesivir para tratar el coronavirus. *efe.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/bruselas-autoriza-el-uso-del-remdesivir-para-tratar-coronavirus/10004-4287882>
- ESTÉVEZ TORREBLANCA, M. y SÁNCHEZ, G. (13 de agosto, 2020). Las irregularidades en la contratación de temporeros mediante intermediarios dificultan el control de la COVID-19. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/sociedad/irregularidades-contratacion-temporeros-mediante-intermediarios-dificultan-control-covid-19_1_6161655.html
- EUROPA PRESS (15 de noviembre, 2014a). Una mujer inicia una huelga de hambre para que su marido reciba el medicamento de hepatitis C que espera hace meses. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/sociedad/noticia-mujer-inicia-huelga-hambre-marido-recibamedicamento-hepatitis-espera-hace-meses-20141115160723.html>
- (5 de diciembre, 2014b). Medio centenar de personas denuncia ante las puertas del Ramón y Cajal la ausencia de medicación para Hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/madrid/noticia-medio-centenar-personas-denuncia-puertasramon-cajal-ausencia-medicacion-hepatitis-20141120143819.htm>
- (31 de diciembre, 2014c). Afectados de hepatitis C mantienen su encierro en Nochevieja. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/andalucia/noticia-afectadoshepatitis-cenaran-juntos-nochevieja-encierro-hospital-provincial-20141231111258.html>
- (1 de enero, 2015a). Enfermos de Hepatitis C se encierran en el Hospital Josep Trueta de Girona. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/catalunya/noticia-enfermos-hepatitis-encierran-hospital-josep-trueta-girona-20150101175234.html>
- (10 de enero, 2015b). Impiden el encierro de los enfermos de hepatitis C para pedir los tratamientos. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/navarra/noticia-impiden-encierro-enfermos-hepatitis-reclamar-nuevos-tratamientos-20150110160655.html>
- (10 de enero, 2015c). Rajoy asegura que ningún enfermo de Hepatitis C "se va a quedar sin medicamentos". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/castilla-lamancha/noticia-rajoy-asegura-ningun-enfermo-hepatitis-va-queedar-medicamentos-20150110133939.html>
- (13 de enero, 2015d). Alonso buscará un acuerdo con las CCAA sobre hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/castilla-lamancha/noticia-alonso-buscara-miercoles-acuerdo-ccaa-hepatitis-primer-consejo-interterritorial-20150113110923.html>
- (27 de enero, 2015e). Enfermos de hepatitis C inician acciones legales tras la muerte de un paciente. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-plataforma-afectados-hepatitis-iniciara-acciones-legales-fallecimiento-paciente-20150127183405.html>
- (29 de enero, 2015f). Enfermos de hepatitis C revelan un correo de Sanidade en que admite el "extravío" de expedientes. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-av-enfermos-hepatitis-revelan-correo-sanidadeadmite-extravio-expediente-ocho-pacientes-20150129144002.html>

- (11 de febrero, 2015g). Expulsados del Parlamento enfermos de hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-expulsan-camara-enfermoshepatitis-censuraron-falta-apoyo-pp-reivindicaciones-20150211130614.html>
- (11 de febrero, 2015h). (AV)Enfermos de hepatitis advierten a los diputados del PP de que "sentirán las consecuencias" de "pisotear" su "dolor". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-avenfermos-hepatitis-advierten-diputados-ppsentiran-consecuencias-pisotear-dolor-20150211135643.html>
- (14 de febrero, 2015i). Enfermos revelan los miembros de la subcomisión de hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-enfermos-revelan-miembros-subcomision-hepatitis-denuncian-nuevos-casos-afectados-20150214163626.html>
- (1 de marzo, 2015j). Centenares de personas piden "medicación rápida" para la hepatitis. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-centenares-personas-demandan-calles-santiago-medicacion-rapida-todos-enfermos-hepatitis-20150301143753.html>
- (19 de marzo, 2015k). Enfermos de hepatitis piden que se cumpla un plan que llega "5.000 muertos tarde". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-enfermos-hepatitis-piden-cumplir-plan-llega-5000-muertos-tarde-20150319124614.html>
- (30 de septiembre, 2015l). Gritos de "sádicos" a los diputados del PP por no tratar a presos con hepatitis. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-gritos-sadicos-diputados-pp-no-tratar-presos-hepatitis-20150930154516.html>
- (12 de enero, 2016a). Afectados por hepatitis C advierten de más casos de muertes por falta de tratamiento. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-afectados-hepatitis-advierten-mas-casos-muertes-falta-tratamiento-20160112132957.html>
- (18 de abril, 2016b). Dos cargos del Sergas, investigados por retrasar fármacos de hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-dos-cargossergas-investigados-prevaricacion-retrasar-farmacos-hepatitis-20160418115227.html>
- (18 de abril, 2016c). Almuña defiende que la Xunta usó "criterios clínicos" y no económicos para atender a los pacientes de hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-almuina-defiende-xunta-uso-criterios-clinicos-noeconomicos-atender-pacientes-hepatitis-20160418125455.html>
- (18 de abril, 2016d). Fiscalía incluye 8 casos en su querrela por "retrasos" en tratamientos contra hepatitis C y ve un delito de "homicidio". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-fiscalia-incluye-casos-querrela-retrasostratamientos-contra-hepatitis-ve-delito-homicidio-20160418182739.html>
- (20 de abril, 2016e). Xunta reitera que la actuación del Sergas fue "adecuada" y dice que Feijóo no se "esconde". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-xunta-reitera-actuacion-sergas-fue-adecuadadice-feijoo-no-esconde-20160420154612.html>
- (28 de abril, 2016f). Llegan a los juzgados los altos cargos investigados por la hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-llegan-juzgadoscargos-investigados-tratamiento-hepatitis-20160428095120.html>

- (30 de mayo, 2016g). Piden al juez que defina en la causa si investiga a cargos del Sergas por homicidio. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-piden-juez-defina-causa-si-investiga-cargos-sergas-homicidio-20160530192711.html>
- (1 de junio, 2016h). Enfermos de hepatitis C piden que declare otro cargo de la Xunta. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-enfermoshepatitis-piden-declare-otro-cargo-senalado-investigados-20160601134526.html>
- (21 de junio, 2016i). Declarada compleja la causa en la que investiga a cargos del Sergas por la Hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-declarada-compleja-causa-investiga-cargos-sergas-hepatitis-20160621194028.html>
- (20 de octubre, 2016j). Una directora reveló personalmente a los investigados la urgencia de 3 casos de hepatitis. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-directora-revelo-personalmente-investigadosurgencia-casos-hepatitis-20161020142043.html>
- (23 de diciembre, 2016k). Acuerdan que se amplíe a homicidio la investigación a dos cargos del Sergas por los tratamientos de Hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-audiencia-acuerda-amplie-homicidioinvestigacion-hepatitis-20161223125445.html>
- (23 de diciembre, 2016l). Enfermos de hepatitis celebran el "espaldarazo" y lamentan el "año perdido". *20minutos.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.20minutos.es/noticia/2920060/0/enfermos-hepatitis-celebran-espaldarazo-lamentan-ano-perdido-instruccion-exasperantemente-lenta/>
- (23 de diciembre, 2016m). Sergas cree que la ampliación a homicidio la causa de Hepatitis no varía la situación. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-sergas-cree-ampliacion-homicidio-causahepatitis-no-varia-situacion-20161223183524.html>
- (7 de febrero, 2017a). Citan a los dos altos cargos del Sergas por el caso de la Hepatitis C ahora como investigados por homicidio imprudente. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-citan-dos-altos-cargos-sergas-caso-hepatitishora-investigados-homicidio-imprudente-20170207151746.html>
- (22 de febrero, 2017b). Rubial dice que el Sergas actuó "diligente" en todos los casos de hepatitis C y niega "dilación" por motivos económicos. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-rubial-dice-sergas-actuo-diligente-todos-casoshepatitis-niega-dilacion-motivos-economicos-20170222151719.html>
- (3 de marzo, 2017c). El juez citará como testigos a los miembros de la subcomisión de la hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-juez-pide-sergas-identificar-miembros-subcomision-hepatitis-citarlos-testigos-20170303111642.html>
- (26 de abril, 2017d). Testigos sostienen que los tratamientos para la hepatitis C siguieron "criterios médicos". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-testigos-sostienen-tratamientos-hepatitissiguieron-criterios-medicos-20170426135338.html>
- (10 de junio, 2017e). Citan como testigos a las jefas de Farmacia del CHUS y Chuac por el caso de la hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-citan-declarar-testigos-jefas-servicios-farmaciachus-chuac-caso-hepatitis-20170610180108.html>

- (20 de septiembre, 2017f). Miembros de la subcomisión de la Hepatitis C niegan criterios económicos, aunque "se habló del precio" en alguna reunión. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-miembros-subcomision-hepatitis-niegancriterios-economicos-hablo-precio-alguna-reunion-20170920195724.html>
- (28 de noviembre, 2017g). Más cargos del Sergas y varios médicos comparecerán como testigos por el caso de la Hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-mas-cargos-sergas-varios-medicoscompareceran-testigos-caso-hepatitis-20171128111655.html>
- (29 de noviembre, 2017h). Testigos se "desvinculan" de las decisiones sobre los fármacos para la hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-testigos-desvinculan-decisiones-farmacoshpatitis-20171129180032.html>
- (30 de noviembre, 2017i). Médicos aseguran que hubo "retrasos", "trabas" y criterios "arbitrarios" en tratamientos para hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-medicos-aseguran-hubo-retrasos-trabas-criteriosarbitrarios-tratamientos-hepatitis-20171130184105.html>
- (8 de febrero, 2018a). Familiares de fallecidos por Hepatitis C y dos médicos, citados en la investigación a cargos del Sergas. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-familiares-fallecidos-hepatitis-dos-medicoscitados-testigos-investigacion-cargos-sergas-20180208130309.html>
- (19 de febrero, 2018b). El juez ofrece a familiares de víctimas de la Hepatitis C que se adhieran como "perjudicados". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-juez-investiga-causa-hepatitis-propone-familiaresvictimas-adhieran-perjudicados-20180219183732.html>
- (27 de marzo, 2018c). La subdirectora de Farmacia investigada en la causa de la Hepatitis C se va al Ministerio. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-subdirectora-farmacia-investigada-causahepatitis-va-ministerio-20180327130615.html>
- (27 de marzo, 2018d). Afectados por la Hepatitis C ven "una afrenta" que la subdirectora investigada "se vea promovida a un cargo más alto". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-afectados-hepatitis-ven-afrenta-subdirectorainvestigada-vea-promovida-cargo-mas-alto-20180327132141.html>
- (4 de julio, 2018e). Uno de los médicos en la causa de Hepatitis C, sobre el Sergas: "No contestaba a las peticiones". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-medicos-testigos-causa-hepatitis-sergas-nocontestaba-peticiones-20180704141758.html>
- (27 de noviembre, 2019a). Archivan la causa contra los cargos del Sergas investigados por la muerte de pacientes con Hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-archivan-causa-contra-cargos-sergas-investigados-muerte-pacientes-hepatitis-20191127132006.html>
- (4 de diciembre, 2019b). Fiscalía y afectados recurren el archivo de las actuaciones sobre la Hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-fiscalia-afectados-recurren-archivo-actuaciones-hepatitis-contra-cargos-sergas-investigados-20191204132805.html>
- (20 de enero, 2020a). Fiscalía y afectados recurren ante la Audiencia para pedir que se reactive el caso de la Hepatitis C. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-fiscalia-afectados-recurren-audiencia-pedir-reactive-caso-hepatitis-20200128130004.html>

- (21 de febrero, 2020b). Italia eleva a 17 el número de casos confirmados de coronavirus. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/internacional/noticia-italia-confirma-tres-primeros-casos-coronavirus-20200221124531.html>
- (26 de febrero, 2020c). Las personas sordas muestran su preocupación por las dificultades para acceder a informaciones sobre coronavirus. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-personas-sordas-muestran-preocupacion-dificultad-tienen-acceder-informacion-coronavirus-20200226182353.html>
- (3 de marzo, 2020d). El presidente de Corea del Sur declara la "guerra" al coronavirus, con más de 5.000 casos en el país. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/internacional/noticia-corea-sur-confirma-29-muertos-coronavirus-600-casos-nuevos-eleva-afectados-4812-20200303051935.html>
- (15 de marzo, 2020e). Médicos del Mundo pide medidas extraordinarias para personas sin hogar o problemas de acceso a la sanidad. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/epsocial/derechos-humanos/noticia-medicos-mundo-pide-medidas-extraordinarias-personas-hogar-problemas-acceso-sanidad-20200315140019.html>
- (17 de marzo, 2020f). CCOO insiste en que la apertura de hoteles medicalizados "no es coherente" con camas libres en hospitales. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/madrid/noticia-ccoo-insiste-apertura-hoteles-medicalizados-no-coherente-camas-libres-hospitales-20200317192256.html>
- (19 de marzo, 2020g). El Rey llama a resistir y a unirse ante el virus: "No nos vencerá, nos hará más fuertes como sociedad". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/nacional/noticia-coronavirus-rey-llama-resistir-unirse-virus-no-nos-vencera-nos-hara-mas-fuertes-sociedad-20200318210718.html>
- (23 de marzo, 2020h). Robles dice que el Ejército ha encontrado en las residencias a ancianos muertos en sus camas. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/nacional/noticia-robles-dice-ejercito-encontrado-residencias-ancianos-muertos-camas-20200323164238.html>
- (20 de abril, 2020i). El Defensor del Paciente señala la falta de protocolo y la omisión de socorro como causas de las muertes en residencias. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-defensor-paciente-senala-falta-protocolo-omision-socorro-causas-muertes-residencias-20200420131104.html>
- (24 de abril, 2020j). La Agencia Europea de Medicamentos alerta sobre la cloroquina: "No se ha demostrado que sirva para tratar el Covid-19". *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/internacional/noticia-agencia-europea-medicamentos-alerta-cloroquina-no-demostrado-sirva-tratar-covid-19-20200423191530.html>
- (25 de abril, 2020k). Moncloa pone fin a la comparecencia diaria de uniformados para dar cuenta de novedades del Covid-19. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/nacional/noticia-moncloa-pone-fin-comparecencia-diaria-uniformados-dar-cuenta-novedades-covid-19-20200425155222.html>
- (27 de abril, 2020l). Un antropólogo valenciano estudia el uso histórico de las campanas en las catedrales españolas ante epidemias. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-antropologo-valenciano-estudia-uso-historico-campanas-catedrales-espanolas-epidemias-20200427142127.html>

- (17 de junio, 2020m). La OMS suspende los ensayos con hidroxiclороquina en pacientes con COVID-19. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/internacional/noticia-coronavirus-oms-suspende-ensayos-hidroxiclороquina-pacientes-covid-19-20200617231109.html>
- (19 de junio, 2020n). La precariedad laboral y de vida de los temporeros favorece la transmisión del virus, según Simón. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://m.europapress.es/sociedad/noticia-precariеdad-laboral-vida-temporeros-favorece-transmision-virus-simon-20200619161104.html>
- (29 de junio, 2020ñ). Defensa combate el Covid produciendo medicinas, 1.500 litros diarios de gel hidroalcohólico y 5 millones de mascarillas. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/nacional/noticia-defensa-combate-covid-produciendo-medicinas-1500-litros-diarios-gel-hidroalcoholico-millones-mascarillas-20200629144544.html>
- (6 de julio, 2020o). Feijóo pide "no demonizar" la sanidad privada y carga contra la gestión de la pandemia por parte del Gobierno. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-feijoo-pide-no-demonizar-sanidad-privada-carga-contra-gestion-pandemia-parte-gobierno-20200706125024.html>
- (29 de julio, 2020p). Bruselas firma un contrato de 63 millones con Gilead para el suministro de remdesivir en la UE. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/economia/noticia-bruselas-firma-contrato-63-millones-gilead-suministro-remdesivir-ue-20200729132314.html>
- (9 de febrero, 2021). Bruselas.- Bruselas publica también el contrato con Sanofi y GSK para la compra de su vacuna. *europapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/eseuropa/noticia-bruselas-bruselas-publica-tambien-contrato-sanofi-gsk-compra-vacuna-20210209161559.html>
- FARMAINDUSTRIA (28 de abril, 2020). La industria farmacéutica reafirma que el acceso a los tratamientos contra el coronavirus será asequible y equitativo en todo el mundo. *farmaindustria.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.farmaindustria.es/web/otra-noticia/la-industria-farmacéutica-reafirma-que-el-acceso-a-los-tratamientos-contra-el-coronavirus-sera-asequible-y-equitativo-en-todo-el-mundo/>
- FRASER, N. (13 de abril, 2021). Interregno norteamericano. Entrevista a Nancy Fraser. *sinpermiso.info*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.sinpermiso.info/textos/interregno-norteamericano-entrevista-a-nancy-fraser>
- GALICIA PRESS (27 de enero, 2016). O Parlamento reclama ao Sergas que trate aos presos con hepatitis C. *galiciapress.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.galiciapress.es/texto-diario/mostrar/399440/parlamento-reclama-ao-sergas-trate-aos-presos-hepatite-c>
- GARCÍA, C. (10 de abril, 2020). Juan Hernández Zubizarreta: “La búsqueda de la vacuna ha extremado la competencia entre países y empresas”. *lamarea.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.lamarea.com/2020/04/10/juan-hernandez-zubizarreta-la-busqueda-de-la-vacuna-ha-extremado-la-competencia-entre-paises-y-empresas/>
- GIL, A. (29 de enero, 2021). El contrato entre la UE y AstraZeneca incluye un coste de 870 millones y el pacto de entregar vacunas fabricadas en Reino Unido. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021: https://www.eldiario.es/internacional/contrato-tachones-astrazeneca-ue-farmacéutica-no-queria-publicar_1_7177381.html

- GÓMEZ LIÉBANA, J.A. (14 de abril, 2020). ¿Cuándo se jodió la atención primaria? *elsaltodiario.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/cuando-se-jodio-la-atencion-primaria>
- GONZÁLEZ, E., PÉREZ, Q. y SCHERER, N. (12 de abril, 2020). ¿España Puede? Los fondos europeos de recuperación y resiliencia arrojan más sombras que luces. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/opinion/tribuna-abierta/espana-fondos-europeos-recuperacion-resiliencia-arrojan-sombras-luces_129_7393633.html
- GONZÁLEZ, E., ESPADA, M. y PÉREZ, A. (22 de mayo, 2020). Dinero público que no cuida: ¿a qué empresas se está rescatando? *elsaltodiario.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiario.com/multinacionales/dinero-publico-que-no-cuida-a-que-empresas-se-esta-rescatando->
- GOROSPE, P. (14 de marzo, 2016). Un juez rechaza abonar el precio del Sovaldi a un enfermo que lo compró. *elpais.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/ccaa/2016/03/14/paisvasco/1457939995_898195.html
- GÜELL, O. (27 de agosto, 2021). La tercera dosis agrava la desigualdad mundial en el acceso a las vacunas frente al coronavirus. *elpais.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://elpais.com/sociedad/2021-08-27/la-tercera-dosis-agrava-la-desigualdad-mundial-en-el-acceso-a-las-vacunas-frente-al-coronavirus.html>
- GUTIÉRREZ, I. y ORDAZ, A. (25 de noviembre, 2020). La otra carrera por la vacuna contra la COVID: los países ricos acaparan más de la mitad de las dosis compradas hasta ahora. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/internacional/carrera-vacuna-covid-paises-ricos-acaparan-mitad-volumen-dosis-compradas-ahora_1_6459990.html
- GUTIÉRREZ, I. (28 de mayo, 2021). España estrena la plataforma de la OMS para compartir conocimiento con un test serológico de COVID-19. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/internacional/espana-estrena-plataforma-oms-compartir-conocimiento-test-serologico-covid-19_1_7981406.html
- HAN, B.-C. (22 de marzo, 2020). La emergencia viral y el mundo de mañana. Byung-Chul Han, el filósofo surcoreano que piensa desde Berlín. *elpais.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html>
- HARVEY, D. (20 de marzo, 2020). Anti-Capitalist Politics in the Time of COVID-19. *jacobinmag.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://jacobinmag.com/2020/03/david-harvey-coronavirus-political-economy-disruptions>
- HERMIDA, X. (27 de noviembre, 1999). Varapalo del tribunal de cuentas gallego a una empresa sanitaria creada por Romay. *elpais.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/diario/1999/11/27/sociedad/943657202_850215.html
- HUETE, C. (11 de febrero, 2015). Los enfermos de hepatitis C estallan contra el PP en el Parlamento. *elpais.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/ccaa/2015/02/11/galicia/1423660766_881113.html
- (24 de junio, 2016). Gobierno y Xunta restringen la medicación a los presos que sufren hepatitis C. *elpais.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/ccaa/2016/06/24/galicia/1466785875_646353.html

- (3 de diciembre, 2020). Archivada la investigación contra cargos del Sergas en el caso de las muertes por hepatitis C. *elpais.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://elpais.com/espana/galicia/2020-12-03/archivada-la-investigacion-contra-cargos-del-sergas-en-el-caso-de-las-muertes-por-hepatitis-c.html>
- INFOSALUS (8 de julio, 2011a). Alrededor de 400.000 españoles no saben que tienen hepatitis C, la mitad de los afectados. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-alrededor-400000-espanoles-no-saben-tienen-hepatitis-mitad-afectados-20110708173533.html>
- (28 de octubre, 2011b). Uno de cada cuatro presos tiene hepatitis C en España. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-cada-cuatro-presos-tiene-hepatitis-espana-20111028124932.html?_ga=2.169284833.1794439534.1560528464-887530755.1510589176
- (18 de julio, 2012a). Denuncian el retraso en el acceso de los pacientes a un tratamiento eficaz contra la hepatitis C. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-denuncian-retraso-acceso-pacientes-tratamiento-eficaz-contra-hepatitis-20120718143256.html>
- (17 de octubre, 2012b). Pacientes denuncian que los recortes están impidiendo su acceso a nuevos fármacos innovadores. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-pacientes-denuncian-recortes-estan-impidiendo-acceso-nuevos-farmacos-innovadores-20121017142317.html>
- (21 de mayo, 2013a). España está a la cola de la UE en el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-espana-cola-ue-diagnostico-tratamiento-hepatitis-20130521175336.html>
- (23 de septiembre, 2013b). La FNETH exige la retirada del copago de fármacos de dispensación hospitalaria a los tratamientos de la hepatitis C. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-fneth-exige-retirada-copago-farmacos-dispensacion-hospitalaria-tratamientos-hepatitis-20130923175606.html>
- (4 de diciembre, 2014a). La Plataforma de Afectados por Hepatitis C pide al próximo ministro de Sanidad que dé "solución real" a sus problemas. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-plataforma-afectados-hepatitis-pide-proximo-ministro-sanidad-solucion-real-problemas-20141126225133.html>
- (17 de diciembre, 2014b). Afectados por la Hepatitis C pretenden realizar un encierro de protesta este jueves en el 12 de Octubre de Madrid. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-afectados-hepatitis-pretenden-realizar-encierro-protesta-jueves-12-octubre-madrid-20141217110920.html>
- (18 de diciembre, 2014c). El Foro de Hepatitis C aboga por crear un Plan Estratégico Nacional que incluya la prevención y el diagnóstico precoz. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-foro-hepatitis-aboga-crear-plan-estrategico-nacional-incluya-prevencion-diagnostico-precoz-20141218144705.html>
- (26 de diciembre, 2014d). Enfermos de hepatitis C encerrados en el 12 de Octubre, convocan una cadena humana en Sanidad por los nuevos fármacos. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-enfermos-hepatitis-anuncian-cadena-humana-pedir-ayuda-rajoy-querella-contra-mato-20141230164832.html>

- (29 de diciembre, 2014e). Entre 5.000 y 7.000 pacientes recibirán en 2015 los nuevos fármacos para la hepatitis C. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-5000-7000-pacientes-recibiran-2015-nuevos-farmacos-hepatitis-20141229140527.html>
- (29 de diciembre, 2014f). Pacientes con hepatitis C critican a Sanidad por querer usar los nuevos fármacos "solo para tratar a los moribundos". *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-pacientes-hepatitis-critican-sanidad-querer-usar-nuevos-farmacos-solo-tratar-moribundos-20141229174615.html>
- (29 de diciembre, 2014g). Los hepatólogos contradicen a Sanidad y creen que habría que tratar a unos 30.000 pacientes con hepatitis C. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.europapress.es/madrid/noticia-hepatologos-contradicen-sanidad-creen-habria-tratar-30000-pacientes-hepatitis-20141229183415.html>
- (9 de enero, 2015a). Afectados por hepatitis C celebran mañana una marcha hasta Moncloa para pedir a Rajoy "tratamientos para todos". *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-afectados-hepatitis-celebran-manana-marcha-moncloa-pedir-rajoy-tratamientos-todos-20150109124039.html>
- (9 de enero, 2015b). Enfermos de hepatitis C piden en la Cámara acceso al nuevo tratamiento, pues no curarse les supone "la muerte". *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-enfermos-hepatitis-piden-camara-acceso-nuevo-tratamiento-pues-no-curarse-les-supone-muerte-20150109150544.html>
- (13 de enero, 2015c). Afectados con hepatitis C consideran un "obstáculo" el comité de expertos de Sanidad mientras "sigue falleciendo gente". *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-afectados-hepatitis-consideran-obstaculo-comite-expertos-sanidad-mientras-sigue-falleciendo-gente-20150113142853.html>
- (20 de enero, 2015d). Defensa de la Sanidad Pública propone a Alonso una política de investigación independiente de las farmacéuticas. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-defensa-sanidad-publica-propone-alonso-politica-investigacion-independiente-farmacaceuticas-20150120112548.html>
- (5 de febrero, 2015e). La farmacéutica de 'Sovaldi' se desvincula de las declaraciones de una exdirectora sobre los pacientes de hepatitis C. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-farmacautica-sovaldi-desvincula-declaraciones-exdirectora-pacientes-hepatitis-20150205174404.html>
- (5 de febrero, 2015f). Afectados por hepatitis C denuncian ante el Tribunal Supremo 2 homicidios y 37 lesiones por no recibir la medicación. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-afectados-hepatitis-denuncian-tribunal-supremo-homicidios-37-lesiones-no-recibir-medicacion-20150213141537.html>
- (20 de febrero, 2015g). Sanidad plantea ampliar el uso de los nuevos medicamentos de la hepatitis C a pacientes con fibrosis menos avanzadas. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-sanidad-plantea-ampliar-uso-nuevos-medicamentos-hepatitis-pacientes-fibrosis-menos-avanzadas-20150220142243.html>
- (5 de marzo, 2015h). Los médicos, "insatisfechos" con el plan de hepatitis C. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-medicos-insatisfechos-plan-hepatitis-porque-precio-farmacos-sigue-siendo-desproporcionado-20150305114802.html>

- (5 de marzo, 2015i). Farmaindustria: tratar la hepatitis C cuesta tanto como 40 kilómetros de AVE. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-farmaindustria-dice-espana-tiene-capacidad-tratar-hepatitis-ya-equivale-pagar-40-kilometros-ave-20150305164207.html>
- (20 de febrero, 2016). Un año del Plan de la Hepatitis C. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-ano-plan-hepatitis-20160220094335.html>
- (21 de junio, 2017). Sanidad se compromete a ampliar el Plan Nacional de la Hepatitis C para atender a todos los pacientes. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-sanidad-compromete-ampliar-plan-nacional-hepatitis-atender-todos-pacientes-20170621115112.html>
- (30 de mayo, 2019a). Entre 50.000 y 70.000 españoles que sufren hepatitis C no tienen diagnóstico. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-50000-70000-espanoles-sufren-hepatitis-no-tienen-diagnostico-20190530132149.html>
- (24 de junio, 2019b). La eliminación de la infección por el virus de la hepatitis C podría alcanzarse en España en 2024. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-eliminacion-infeccion-virus-hepatitis-podria-alcanzarse-espana-2024-20190624140651.html>
- (8 de julio, 2019c). Expertos piden un plan de eliminación de la hepatitis C para España, que podría ser el segundo país en erradicarla. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-expertos-piden-plan-eliminacion-hepatitis-espana-podria-ser-segundo-pais-erradicarla-20190708164555.html>
- (22 de enero, 2020a). Elevan a 17 las muertes en China a causa del coronavirus y a 444 los casos confirmados. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-elevan-17-muertes-china-causa-coronavirus-444-casos-confirmados-20200122164945.html>
- (22 de enero, 2020b). Las autoridades sanitarias europeas consideran que el riesgo de importar casos del coronavirus a Europa es "moderado". *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-autoridades-sanitarias-europeas-consideran-riesgo-importar-casos-coronavirus-europa-moderado-20200122181842.html>
- (28 de enero, 2020c). Alemania confirma el primer contagio dentro de Europa del coronavirus en un hombre que no visitó China. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-alemania-confirma-primer-contagio-dentro-europa-coronavirus-hombre-no-visito-china-20200128123501.html>
- (30 de enero, 2020d). China eleva a 170 los muertos por el nuevo coronavirus y a 7.711 los afectados. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-china-eleva-170-muertos-nuevo-coronavirus-7711-afectados-20200130094645.html>
- (31 de enero, 2020e). Reino Unido confirma sus dos primeros casos de coronavirus. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-reino-unido-confirma-dos-primeros-casos-coronavirus-20200131105832.html>

- (31 de enero, 2020f). Sanidad confirma el primer caso en España en uno de los pacientes ingresados en La Gomera. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-personas-aisladas-gomera-posible-coronavirus-estran-tranquilas-solo-presentan-sintomas-leves-20200131232044.html>
- (4 de febrero, 2020g). El medicamento antiviral remdesivir llegará este martes a China para un ensayo clínico. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-coronavirus-medicamento-antiviral-remdesivir-llegara-martes-china-ensayo-clinico-20200204175637.html>
- (6 de febrero, 2020h). ONUSIDA reconoce posibles fallos en la atención a personas con VIH en China por el nuevo coronavirus. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-onusida-reconoce-posibles-fallos-atencion-personas-vih-china-nuevo-coronavirus-20200206134358.html>
- (14 de febrero, 2020i). La ciudad china de Tianjin prohíbe comer animales salvajes, bajo la amenaza de fuertes multas. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-coronavirus-ciudad-china-tianjin-prohibe-comer-animales-salvajes-amenaza-fuertes-multas-20200214123945.html>
- (14 de febrero, 2020j). El temor de contagio por coronavirus dispara un 500% la demanda y venta de mascarillas en España. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-temor-contagio-coronavirus-dispara-500-demanda-venta-mascarillas-espana-20200214121934.html>
- (1 de marzo, 2020k). Sanidad eleva a 73 los casos de coronavirus registrados en España. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-sanidad-eleva-73-casos-coronavirus-registrados-espana-20200301112307.html>
- (6 de marzo, 2020l). Bruselas moviliza otros 37,5 millones para el desarrollo de vacunas para el coronavirus. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-bruselas-moviliza-otros-375-millones-desarrollo-vacunas-coronavirus-20200306174223.html>
- (11 de marzo, 2020m). Los casos de coronavirus en España se elevan a 2.109, con 47 fallecidos. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-casos-coronavirus-espana-elevan-2109-47-fallecidos-20200311135855.html>
- (12 de marzo, 2020n). El Gobierno pide a las CCAA que cierren todos sus centros educativos para frenar el coronavirus. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-gobierno-pide-comunidades-autonomas-cierren-todos-centros-educativos-frenar-coronavirus-20200312165942.html>
- (13 de marzo, 2020ñ). Los casos de coronavirus en España superan los 4.200, con 120 fallecidos. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-casos-coronavirus-espana-superan-4200-120-fallecidos-20200313135026.html>
- (13 de marzo, 2020o). Sindicatos médicos exigen dotar a sanitarios de las medidas de protección necesarias para evitar contagios. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-sindicatos-medicos-exigen-dotar-sanitarios-medidas-proteccion-necesarias-evitar-contagios-20200313172049.html>

- (16 de marzo, 2020p). Satse Madrid avisa del "agotamiento crónico" de las enfermeras y pide reforzar las plantillas. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-satse-madrid-avisa-agotamiento-cronico-enfermeras-pide-reforzar-plantillas-20200316101906.html>
- (30 de marzo, 2020q). CSIF denuncia saturación en centros, UCI al límite y falta de personal contra el coronavirus. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-csif-denuncia-saturacion-centros-uci-limite-falta-personal-contra-coronavirus-20200330163731.html>
- (1 de abril, 2020r). España supera los 100.000 casos y las 9.000 muertes por coronavirus. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-coronavirus-espana-supera-100000-casos-9000-muertes-coronavirus-20200401114024.html>
- (17 de abril, 2020s). Personas con TEA y discapacidad intelectual alertan de las consecuencias que sufren por la pandemia. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-coronavirus-personas-tea-discapacidad-intelectual-alertan-consecuencias-sufren-pandemia-20200417134222.html>
- (4 de mayo, 2020t). Defensa de Sanidad Pública lamenta la "falta de preparación" de Instituciones Penitenciarias. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-defensa-sanidad-publica-lamenta-falta-preparacion-instituciones-penitenciarias-20200504103703.html>
- (11 de mayo, 2020u). CSIF avisa de que España necesita más de 100.000 enfermeros para llegar a la media de la OCDE. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-csif-avisa-espana-necesita-mas-100000-enfermeros-llegar-media-ocde-20200511173628.html>
- (22 de mayo, 2020v). OMS, UNICEF y Gavi avisan del riesgo de muchos niños de padecer difteria, sarampión y poliomielitis. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-oms-unicef-gavi-avisan-riesgo-muchos-ninos-padecer-difteria-sarampion-poliomielitis-20200522170435.html>
- (4 de junio, 2020w). La OMS advierte sobre las 'apps' de rastreo de casos: "Pueden amenazar las libertades fundamentales". *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-oms-advierte-apps-rastreo-casos-pueden-amenazar-libertades-fundamentales-20200604133348.html>
- (3 de julio, 2020x). La pandemia ha retrasado el seguimiento de pacientes con diabetes y nuevos diagnósticos. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-pandemia-retrasado-seguimiento-pacientes-diabetes-nuevos-diagnosticos-20200703111004.html>
- (3 de julio, 2020y). Gilead agradece la "rápida revisión" de remdesivir por parte de la Agencia Europea del Medicamento. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-gilead- agradece-rapida-revision-remdesivir-parte-agencia-europea-medicamento-20200703151028.html>
- (14 de octubre, 2020z). Organismos internacionales avisan de que a finales de año unas 800 millones de personas sufrirán desnutrición. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-organismos-internacionales-avisan-finales-ano-800-millones-personas-sufriran-desnutricion-20201014102436.html>

- (26 de mayo, 2021). La UE pide multas millonarias para forzar a AstraZeneca a acelerar la entrega de dosis a los países. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-ue-pide-multas-millonarias-forzar-astrazeneca-acelerar-entrega-dosis-paises-20210526171759.html>
- ISGLOBAL (4 de abril, 2020). ISGlobal y el Hospital Clínic inician dos nuevos estudios para combatir la COVID-19. *isglobal.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.isglobal.org/-/isglobal-y-el-hospital-clinic-inician-dos-nuevos-estudios-para-combatir-la-covid-19>
- JARA, M. (6 de abril, 2016). España paga 13.000 euros por fármacos para la hepatitis C que cuesta 115 fabricarlos. *migueljara.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <http://www.migueljara.com/2016/04/06/espana-paga-13-000-euros-por-farmacos-para-la-hepatitis-c-que-cuesta-115-fabricarlos/>
- KOLLEWE, J. (5 de noviembre, 2020). Future market for Covid vaccines 'could be worth more than \$10bn a year'. *theguardian.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.theguardian.com/business/2020/nov/05/future-market-for-covid-vaccines-could-be-worth-more-than-10bn-a-year>
- KUO, L. (20 de enero, 2020). '2019-nCov': qué sabemos del misterioso virus mortal que amenaza con cruzar las fronteras de China. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/aumento-coronavirus-china-saltar-alarmas_1_1071121.html
- LACOMBA, J. (13 de mayo, 2020). La inmovilidad en tiempos de movilidad. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/elpais/2020/05/06/migrados/1588773980_241831.html
- LAMATA COTANDA, F. (30 de diciembre, 2020d). ¿Es el precio que pagamos por la vacuna frente a la COVID un 1.765% por encima del coste? ¿Es un precio justo? *fernandolamata.blogspot.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://fernandolamata.blogspot.com/2020/12/es-el-precio-que-pagamos-por-la-vacuna.html>
- (14 de mayo, 2021). La vacuna es un derecho, no un privilegio. Es una necesidad y no un objeto para especular. *fernandolamata.blogspot.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <http://fernandolamata.blogspot.com/2021/05/la-vacuna-es-un-derecho-no-un.html>
- LAUZIRIKA, N. (3 de abril, 2020). “En esta pandemia se aplaude a los curados; a los del sida se les rehuía y escondía”. *deia.eus*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.deia.eus/actualidad/sociedad/2020/04/03/pandemia-aplaude-curados-sida-les/1029108.html>
- LORENTE, P. (27 de febrero, 2020). Por una producción pública de medicamentos. *nuevatribuna.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/actualidad/empresa-farmaceutica-publica-medicamentos-sanidadpublica/20200227122953171528.html>
- MARTÍN, D. (13 de enero, 2015). Afectados de hepatitis C se querellan contra Ana Mato por la muerte de 4.000 pacientes en 2014. *publico.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.publico.es/sociedad/afectados-hepatitis-c-querellan-ana.html>
- MARTÍN, M. (3 de marzo, 2020). El contrato del sistema gallego de salud con Medtronic pone en riesgo a los pacientes. *elsaltodiario.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiario.com/sanidad/contrato-sistema-gallego-salud-medtronic-riesgo-pacientes>
- MARTÍNEZ, S. (2 de diciembre, 2019). «O hospital de Verín non se pecha». *lavozdeg Galicia.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/ourense/verin/2019/12/01/hospital-verin-non-pecha/0003_20191201C3991.htm

- MARTÍNEZ AHRENS, J. (13 de octubre, 1999). El Ramón y Cajal condiciona el trasplante a un indigente a su "mejora sociolaboral". *elpais.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/diario/1999/10/13/sociedad/939765602_850215.html
- MORALES, C. (25 de abril, 2020). Así sobrevivimos a la plaga: lo que el sida nos enseñó sobre enfermedad, discriminación y vulnerabilidad. *infolibre.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.infolibre.es/noticias/cultura/2020/04/25/como_sobrevivimos_plaga_que_crisis_d_el_sida_nos_enseno_sobre_enfermedad_vulnerabilidad_cuidados_106183_1026.html
- MUNÁRRIZ, A. (2 de octubre, 2020). Fernando Lamata: "Con la vacuna hemos capitulado ante la industria farmacéutica". *infolibre.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/09/28/fernando_lamata_con_vacuna_hemos_c_apitulado_ante_industria_farmaceutica_111494_1012.html
- NADAL, A. (1 de junio, 2016). Tasa de ganancia y neoliberalismo. *sinpermiso.info*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.sinpermiso.info/textos/tasa-de-ganancia-y-neoliberalismo>
- NEGRETE, B. (2 de junio, 2021). Pfizer encarece de golpe un 25% sus dosis y aumenta en 3.600 millones su factura a la UE. *vozzpopuli.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.vozpopuli.com/sanidad/pfizer-encarece-vacuna.html>
- NOVARTIS (20 de marzo, 2020). Novartis se compromete a donar 130 millones de dosis de hidroxyclorequina para apoyar la respuesta pandémica global al COVID-19. *novartis.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.novartis.es/noticias/comunicados-de-prensa/novartis-se-compromete-donar-130-millones-de-dosis-de>
- NOVOA GONZÁLEZ, R. (4 de abril, 2020). "Tuvo que llegar una pandemia para visibilizar la realidad de las personas sin hogar". *elsaltodiario.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiario.com/coronavirus/llegar-pandemia-visibilizar-realidad-personas-sin-hogar>
- ONU (20 de noviembre, 2015). Ban establishes eminent panel to help broaden access to quality medicines at affordable costs. *news.un.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://news.un.org/en/story/2015/11/516102-ban-establishes-eminent-panel-help-broaden-access-quality-medicines-affordable#.VIMRVsrLStx>
- OXFAM INTERNATIONAL (17 de septiembre, 2020). Small group of rich nations have bought up more than half the future supply of leading COVID-19 vaccine contenders. *oxfam.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.oxfam.org/en/press-releases/small-group-rich-nations-have-bought-more-half-future-supply-leading-covid-19>
- (3 de junio, 2021). More than a million COVID deaths in 4 months since G7 leaders failed to break vaccine monopolies. *oxfam.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.oxfam.org/en/press-releases/more-million-covid-deaths-4-months-g7-leaders-failed-break-vaccine-monopolies>
- PANIAGUA, A. (14 de noviembre, 2020). Detectan 110 contagios en usuarios de la mayor residencia privada de Galicia. *lavozgalicia.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2020/11/14/detectan-110-contagios-usuarios-mayor-residencia-privada-galicia/0003_202011G14P3991.htm
- PARDO, M. (22 de febrero, 2017). Los cargos de la Xunta imputados por homicidio aseguran al juez que trataron la hepatitis con "diligencia". *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/galicia/movimientos_sociales/xunta-imputados-homicidio-hepatitis-diligencia_1_3564366.html

- PÉREZ OROZCO, A. y FERNÁNDEZ ORTIZ DE ZARATE, G. (10 de noviembre, 2020a). ¿Y si el hámster dejara de mover la rueda capitalista? *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/opinion/tribuna-abierta/si-hamster-dejara-mover-rueda-capitalista_129_6401441.html
- (8 de diciembre, 2020b). ¿Y si el hámster dejara de mover la rueda capitalista? (II). *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/opinion/tribuna-abierta/si-hamster-dejara-mover-rueda-capitalista-ii_129_6490108.html
- PRABHU, A. (9 de agosto, 2012). How Much Money Did Jonas Salk Potentially Forfeit By Not Patenting The Polio Vaccine? *forbes.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.forbes.com/sites/quora/2012/08/09/how-much-money-did-jonas-salk-potentially-forfeit-by-not-patenting-the-polio-vaccine/?sh=6a3720ce69b8>
- PRECEDO, J. (18 de abril, 2016). Feijóo: "Por dos o tres pacientes, no me parece lógico relacionar esas denuncias con la austeridad". *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/politica/fejoo_1_4051953.html
- PRESIDENCIA DE COSTA RICA (24 de marzo, 2020). Costa Rica propone a OMS facilitar condiciones de acceso a tecnologías para combatir COVID-19. *presidencia.go.cr*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/03/costa-rica-propone-a-oms-facilitar-condiciones-de-acceso-a-tecnologias-para-combatir-covid-19/>
- PUIG ROIG, J. M.^a (23 de diciembre, 1964). Aspiración del mutualismo tradicional: Administrar la parte que les corresponda según la Ley de Bases. *hemeroteca.lavanguardia.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/1964/12/23/pagina-55/32690006/pdf.html>
- RAMIRO, P. (15 de junio, 2021). Rubén Martínez: "Ahora no hay espacio de mercado donde el Estado no intervenga". *elsaltodiario.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiario.com/crisis-economica/entrevista-ruben-martinez-fondos-next-generation-new-deal-verde>
- REJÓN, R. (10 de febrero, 2015). Primer asalto para romper el monopolio del tratamiento de la hepatitis C en Europa. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/sociedad/medicos-mundo-monopolio-sovaldi-europa_1_4380695.html
- (20 de abril, 2020). La Atención Primaria afrontará lastrada por años de recortes el control de la siguiente etapa de la pandemia. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/sociedad/atencion-primaria-afrontara-lastrada-siguiente_1_5875035.html
- REJÓN, R. y PLAZA, A. (16 de noviembre, 2020). La pandemia dispara una carrera entre grandes potencias y farmacéuticas para aprovechar el nuevo mercado de vacunas. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/sociedad/pandemia-dispara-carrera-grandes-potencias-farmaceuticas-aprovechar-nuevo-mercado-vacunas_1_6436684.html
- REMACHA, B. (17 de noviembre, 2020). César Hernández: "Lo de Pfizer y Moderna son buenas noticias y las incertidumbres se despejarán para tomar decisiones a finales de año". *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/sociedad/cesar-hernandez-pfizer-moderna-son-buenas-noticias-incertidumbres-despejaran-decisiones-finales-ano_128_6439231.html
- RIESGO, M. (14 de abril, 2020). El confinamiento prolongado puede aumentar el riesgo de suicidio. *gacetamedica.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://gacetamedica.com/investigacion/el-confinamiento-prolongado-puede-aumentar-el-riesgo-de-suicidio/>

- RIOJA ANDUEZA, I. (11 de julio, 2020a). Euskadi recuerda a los contagiados que saltarse el confinamiento para ir a votar es un "delito". *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/euskadi/euskadi-recuerda-contagiados-saltarse-confinamiento-votar-delito_1_6097995.html
- (12 de julio, 2020b). Sin poder votar en Euskadi por tener COVID-19: "Me han quitado el derecho". *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/euskadi/elecciones-vascas-tiempos-coronavirus-confinada-no-votar-si-hacerlo_1_6099021.html
- RÍOS, R. (11 de julio, 2012). El Sergas frena la prescripción de un medicamento contra la hepatitis C. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/ccaa/2012/07/11/galicia/1342036089_310642.html
- RIVERO CUADRADO, M., RUBIO ROSENDO, M. Y SPECK, A. (23 de octubre, 2017). A cuarta revolución industrial no es nuestra revolución. *elsatodiaro.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.elsaltodiaro.com/laplaza/cuarta-revolucion-industrial-destruccion-trabajo>
- ROBERTS, M. (25 de julio, 2020). A world tax of profit: a new approach. *thenextrecession.wordpress.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://thenextrecession.wordpress.com/2020/07/25/a-world-rate-of-profit-a-new-approach/>
- ROJAS, A.G. (1 de abril, 2013). India salvaguarda su condición de farmacia de los pobres. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/economia/2013/04/01/agencias/1364795465_511262.html
- ROMERO DÍAZ, I. (7 de noviembre, 2020). Desheredados por no cuidar de sus padres durante la pandemia. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://elpais.com/economia/2020-11-06/desheredados-por-no-cuidar-de-sus-padres-durante-la-pandemia.html>
- RTVE (6 de febrero, 2020a). La OMS asegura que necesita conocer el origen del virus para elaborar una vacuna. *rtve.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.rtve.es/noticias/20200206/oms-asegura-necesita-conocer-origen-del-virus-para-elaborar-vacuna/1999434.shtml>
- (20 de noviembre, 2020b). Los profesionales sanitarios contagiados de COVID-19 en la pandemia superan los 83.000, 2.206 en la última semana. *rtve.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.rtve.es/noticias/20201120/profesionales-sanitarios-contagiados-covid-19-superan-50000/2014047.shtml#:~:text=Espa%C3%B1a%20acumula%20m%C3%A1s%20de%201,contagios%20corresponden%20a%20personal%20sanitario.>
- SAMPER, E. (31 de mayo, 2019). La absurda historia del ibuprofeno de 600 mg y el paracetamol de 1 g. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/opinion/zona-critica/absurda-historia-ibuprofeno-mg-paracetamol_129_1525053.html
- SÁNCHEZ, A. (5 de marzo, 2020a). El coronavirus deja a las farmacias sin mascarillas, geles desinfectantes y guantes. *rtve.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.rtve.es/noticias/20200305/coronavirus-desabastecimiento-farmacias-mascarillas-geles-guantes/2005742.shtml>
- (26 de agosto, 2020b). Europa blinda financieramente a las farmacéuticas frente a posibles fallos de las vacunas. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://elpais.com/sociedad/2020-08-26/europa-blinda-financieramente-a-las-farmaceuticas-frente-a-posibles-fallos-de-las-vacunas.html>

- SÁNCHEZ BAYLE, M. (20 de diciembre, 2018). ¿Por qué deberíamos tener una empresa farmacéutica pública? *nuevatribuna.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/deberiamos-tener-empresa-farmaceutica-publica/20181210120232158249.html>
- SANITAS (6 de octubre, 2020). Sanitas lanza el seguro BluaU, un paso más hacia la medicina digital. *corporativo.sanitas.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://corporativo.sanitas.es/sanitas-lanza-el-seguro-bluau-un-paso-mas-hacia-la-medicina-digital/>
- SEBASTIÁN, N. (27 de febrero, 2020a). Gilead inicia dos ensayos en Fase III con remdesivir para tratar el Covid-19. *elglobal.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://elglobal.es/industria/gilead-inicia-dos-ensayos-en-fase-iii-con-remdesivir-para-tratar-el-covid-19/>
- (7 de abril, 2020b). España, referente en la investigación con remdesivir para el Covid-19. *elglobal.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://elglobal.es/industria/espana-referente-en-la-investigacion-con-remdesivir-para-el-covid-19/>
- SJR y JGI (11 de noviembre, 2020). El consejero delegado de Pfizer vendió el 62% de sus acciones en la empresa el pasado lunes. *eldiario.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.eldiario.es/economia/el-consejero-delegado-de-pfizer-vendio-el-62-de-sus-acciones-en-la-empresa-el-pasado-lunes_1_6405135.html
- SULLIVAN, H. (22 de enero, 2021) South Africa paying more than double EU Price for Oxford vaccine. *theguardian.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.theguardian.com/world/2021/jan/22/south-africa-paying-more-than-double-eu-price-for-oxford-astrazeneca-vaccine>
- 'T HOEN, E. (12 de octubre, 2020). COVID-19 Crisis and WTO: Why India and South Africa's Proposal on Intellectual Property is Important. *thewire.in*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://thewire.in/law/covid-19-crisis-wto-intellectual-property-vaccine-public-health>
- TAIBO, C. (31 de marzo, 2020). Ante la pandemia represiva: un borrador de tareas, modestas y asequibles, para anarquist@s, libertari@s y afines. *cnt.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.cnt.es/noticias/ante-la-pandemia-represiva-un-borrador-de-tareas-modestas-y-asequibles-para-anarquists-libertaris-y-afines/>
- TENA, A. (25 de marzo, 2021). Los países en desarrollo han recibido 32 millones de vacunas frente a los 43 millones que Europa ha exportado solo a los ricos. *público.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.publico.es/sociedad/paises-desarrollo-han-recibido-32-millones-vacunas-ricos-43-millones.html>
- THOMAS, K. (25 de marzo, 2020). Gilead Withdraws Request for Special Orphan Status on Experimental Virus Treatment. *nytimes.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.nytimes.com/2020/03/25/health/gilead-coronavirus-orphan-drug.html?fbclid=IwAR39CJliL3i05PKlyK3ZVd-HAy4UTIdLMxM-eIN6EIljnw15LnfidxlahLo>
- TORTOLO, M. (4 de abril, 2011). Medicina Narrativa: las historias que cuenta la medicina. *intraMed.net*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=69837>
- TOVAR, J. (24 de septiembre, 2014). El medicamento para la hepatitis C Sovaldi se hará público. *efesalud.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.efesalud.com/el-medicamento-para-la-hepatitis-c-sovaldi-se-incluiren-la-financiacion-publica/>
- VAAMONDE, P. (2 de marzo, 2020a). La demolición de la sanidad pública gallega desde el propio poder. *nuevatribuna.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/actualidad/sanidadpublicagallega-poder-sanidad-feijoo-galicia-sergas-pp/20200302184748171666.html>

- (27 de mayo, 2020b). Las residencias de ancianos, el coronavirus y Núñez-Feijóo. *nuevatribuna.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/actualidad/covid19-coronavirus-pandemia-galicia-feijoo-gestion-residencias-ancianos/20200527101737175356.html>
- VAAMONDE, P. y MARTÍN GARCÍA, M. (3 de julio, 2020). Sanidad pública gallega: crónica de una demolición (2009-2020). *nuevatribuna.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/actualidad/sanidad-publica-gallega-cronica-demolicion-2009-2020/20200703074059176759.html>
- VARELA, J. (14 de abril, 2020). Vecinos insolidarios que rechazan al personal sanitario y luego aplauden desde el balcón. *diariosur.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.diariosur.es/nacional/vecinos-carteles-aplausos-20200414121804-ntrc.html>
- VELÁZQUEZ, C. (18 de febrero, 2011). La hepatitis ya tiene Día Mundial de la OMS, el 28 de julio, que contará con el apoyo de 193 países. *infosalus.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-hepatitis-ya-tiene-dia-mundial-oms-28-julio-contara-apoyo-193-paises-20110218125833.html?ga=2.133176526.1794439534.1560528464-887530755.1510589176>
- VISA, L. y BALSELLS, F. (8 de febrero, 2012). El Hospital de la Seu opera antes a los pacientes de pago que a los públicos. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/ccaa/2012/02/07/catalunya/1328648767_445297.html
- VIZOSO, S. (11 de enero, 2016a). La fiscalía denuncia a la Xunta por restringir fármacos de la hepatitis C. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/politica/2016/01/11/actualidad/1452502789_029800.html
- (20 de abril, 2016b). “Los recortes sanitarios mataron a mi mujer y tengo pruebas”. *elpaís.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://elpais.com/politica/2016/04/19/actualidad/1461084484_443179.html
- X.R.M. (1 de octubre, 2018). Los otros negocios (y mucho más rentables) del dueño de Povisa. *galicia.economíadigital.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.economíadigital.es/galicia/empresas/los-otros-negocios-y-mucho-mas-rentables-del-dueno-de-povisa_580418_102.html
- ZIZEK, S. (27 de febrero, 2020b). Slavov Zizek: Coronavirus is “Kill Bill”-esque blow to capitalism and could lead to reinvention of communism. *rt.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.rt.com/op-ed/481831-coronavirus-kill-bill-capitalism-communism/>

CONSULTAS EN PÁGINAS WEB

- AEMPS (2021). Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2010-2019. *aemps.gob.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos-espana-2010-2018/>
- CLUB GERTECH (2021). Quiénes somos. *clubgertech.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.clubgertech.com/?page_id=49
- CONSEJO DE ESTADO (2020). Funciones. *consejo-estado.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.consejo-estado.es/consejo-de-estado/funciones/>
- DPEJ-RAE (2021a). Criminología. *dpej-rae.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://dpej.rae.es/lema/criminolog%C3%ADa>

- (2021b). Exclusión étnica y cultural. *dpej-rae.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://dpej.rae.es/lema/exclusi%C3%B3n-%C3%A9tnica-y-cultural>
- EUPATI (2015). *Cómo se fábrica un fármaco*. Academia Europea de Pacientes. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://toolbox.eupati.eu/resources/como-se-fabrica-un-farmaco-fase-10-gestion-del-ciclo-de-vida/?lang=es>
- EUR-LEX (2021). Pacto De estabilidad y crecimiento. *eur-lex.europa.eu*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/stability_growth_pact.html?locale=es
- EUROSTAT (2019). The burden of healthcare on households' budgets. *eurostat.ec.europa.eu* Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do
- (2021). Government expenditure on health. *ec.europa.eu*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_on_health#Expenditure_on_.27health.27
- FORTUNE (2021a). Fortune 500. *fortune500.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://fortune.com/fortune500/>
- (2021b). Global 500. *fortune500.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://fortune.com/global500/>
- HCV SIN FRONTERAS (22 de marzo, 2017). ¿Cómo se interpreta el resultado del Fibrosan? *hcvsinfroterras.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <http://www.hcvsinfroterras.org.ar/se-interpreta-resultado-del-fibrosan/>
- INDRA (2021). Sobre Indra. *indracompany.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.indracompany.com/es/indra>
- INTERNATIONAL MONETARY FUND (2021). GDP, current prices. *imf.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPD@WEO/OEMDC/ADVEC/WEO/WORLD/WBG>
- KNIGHT, S. (15 de marzo, 2013). Hepatitis C: the cure? *ft.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.ft.com/content/542ad524-8b77-11e2-b1a4-00144feabdc0>
- LOBBYCONTROL (2019). *EU-Lobbyreport 2019. Was Europa gegen die Macht der Konzerne tun müsste*. *lobbycontrol.de* Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.lobbycontrol.de/eu-lobbyreport-2019/>
- MARTÍNEZ ROMERO, P. (31 de diciembre, 2014). Gilead, Sovaldi, hepatitis C: la Bolsa o la Vida. *cordoba.cnt.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <http://cordoba.cnt.es/gilead-hepatitisc-bolsa-o-vida>
- MINISTERIO DE SANIDAD (2021). Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). *mscbs.gob.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
- NIH (2020). terapia de células T con CAR. *cancer.gov*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/terapia-de-celulas-t-con-car>
- OBSERVATORIO DE RSC (2021). ¿Qué es RSC? *observatoriorsc.com*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: [https://observatoriorsc.org/la-rsc-que-es/#:~:text=La%20Responsabilidad%20Social%20Corporativa%20\(RSC,sobre%20la%20sociedad%20en%20general.](https://observatoriorsc.org/la-rsc-que-es/#:~:text=La%20Responsabilidad%20Social%20Corporativa%20(RSC,sobre%20la%20sociedad%20en%20general.)

OIKO CREDIT (17 de octubre, 2015). Exclusión social y exclusión financiera, un mal endémico de nuestra sociedad. *catalunya.oikocredit.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.oikocredit.es/k/ca/n3788/news/view/133048/34272/exclusion-social-y-exclusion-financiera-un-mal-endemico-de-nuestra-sociedad.html>

OMS (2019b). Poliomiélitis. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>

—(2020a). Realizing Rights – The Ethical Globalization Initiative. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.who.int/workforcealliance/members_partners/member_list/realizingrights/en/#

—(2020b). Hepatitis C. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

—(2020c). COVAX: colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>

—(2020d). Ensayo clínico Solidaridad sobre tratamientos contra la COVID-19. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>

OUR WORLD IN DATA (2021). *Statistics and Research: Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. *ourworldindata.org*. Recuperado el 8 de septiembre de 2021 de: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

OPS (2021). Equidad en salud. *paho.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es

PATENT OPPOSITIONS (2021). Sofosbuvir. *patentoppositions.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.patentoppositions.org/en/drugs/sofosbuvir>

RAE (2021a). *Medicamento*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://dle.rae.es/medicamento>

—(2021b). *Enfermedad*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://dle.rae.es/enfermedad>

RIGHT2CURE (2020). #Right2Cure. *Rigth2cure.eu*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.right2cure.eu/es>

THE GLOBAL FUND (2020). Global Fund Overview. *theglobalfund.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.theglobalfund.org/en/overview/>

WOLTERS KLUWER (2021). Patente nacional. *guiasjuridicas.wolterskluwer.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/document/EX0000013534/20080708/Patente-nacional#:~:text=Una%20patente%20es%20una%20inveni%C3%B3n,%C2%BFQu%C3%A9%20es%20una%20patente%3F>

ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y COMUNITARIAS: INFORMES, DECLARACIONES, OBSERVACIONES Y COMUNICACIONES

AAJM (2018). *Las ganancias de las empresas farmacéuticas triplican las de las 10 empresas más grandes de otros sectores*. Madrid: Asociación Acceso Justo al Medicamento.

ACA (2020). #Nomaspobrezaenergetica: Semana Europea de la Pobreza Energética. *Cienciasambientales.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.cienciasambientales.org.es/index.php/comunicacion/noticias/677nomaspobreza-energetica-semana-europeade-la-pobreza-energetica>

ACADH (17 de noviembre, 1988). *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. San Salvador: Asamblea General de la Convención Americana sobre Derechos humanos.

ACNUDH (16 de marzo, 2020). COVID-19: los Estados no deben abusar de las medidas de emergencia para reprimir los DD HH – Expertos de la ONU. *ohchr.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25722&LangID=S>

AEMPS (2014a). *Cómo se regulan los Medicamentos y Productos Sanitarios en España*. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

—(2014b). *Programa de acceso mediante uso compasivo de los nuevos medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C crónica*. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

—(2014c). *Informe de Posicionamiento Terapéutico PT-Sofosbuvir/V1/01112014*. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

AGENCIA TRIBUTARIA (2011). *Informe Anual de Recaudación Tributaria*. Madrid: Agencia Tributaria.

AGNU (10 de diciembre, 1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/217(III).

—(21 de diciembre, 1965). *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/2106(XX).

—(16 de diciembre, 1966). 2200 (XXI). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos Y Protocolo Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/34/180.

—(16 de noviembre, 1974). *Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/3348(XXIX).

—(18 de diciembre, 1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/2200(XXI).

—(4 de diciembre, 1986). *Declaración sobre el derecho al desarrollo*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/41/128.

—(20 de noviembre, 1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/44/25.

—(18 de diciembre, 1990). *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/45/158.

—(2000). 55/2 *Declaración del Milenio*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/55/2.

- (2001). *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas. A/RES/S-26/2.
 - (16 de diciembre, 2005). *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/60/14.
 - (13 de diciembre, 2006a). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/61/106.
 - (2006b). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/61/338.
 - (2008a). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/HRC/7/11.
 - (2008b). *Nota del Secretario General*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/63/263
 - (2011). *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/66/L.1.
 - (2013). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, relativo al acceso a los medicamentos*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/HRC/23/42.
 - (2015). *70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/70/1.
 - (2020). *Informe final del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras*. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas. A/75/163.
- AJEGOUA (27 de julio, 1981). *Carta africana sobre los derechos humanos y de los pueblos*. Nairobi: XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana.
- AMNISTÍA INTERNACIONAL (2018). *La receta equivocada. El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España*. Madrid: Amnistía Internacional.
- (2020). *La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018*. Madrid: Amnistía Internacional, Sección Española.
- AMS (1975). *Sustancias profilácticas y terapéuticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA28.66.
- (1977). *Cooperación técnica*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA30.43.
 - (1978). *Programa de actividades en relación con los medicamentos esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA31.32.
 - (1979). *Programa de acción sobre medicamentos esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA32.41.
 - (1982). *Programa de acción sobre medicamentos esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA35.27.

- (1984). *Uso racional de los medicamentos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA37.33.
 - (1986). *Uso racional de los medicamentos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA39.27.
 - (1995). *Reorientación de las asignaciones*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA48.26.
 - (1996). *Estrategia revisada en materia de medicamentos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA49.14.
 - (2001a). *Ampliación de la respuesta al VIH/SIDA*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA54.10.
 - (2001b). *Estrategia farmacéutica de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA54.11.
 - (2003). *Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA56.27.
 - (2004). *Expansión del tratamiento y la atención en el marco de una respuesta coordinada e integral al VIH/SIDA*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA57.14.
 - (2006). *Salud pública, innovación, investigaciones sanitarias esenciales y derechos de propiedad intelectual: hacia una estrategia mundial y plan de acción*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA59.24.
 - (2008). *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA61.21.
 - (2010a). *Salud pública, innovación y propiedad intelectual: estrategia mundial y plan de acción*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. A63/6. A63/6 Add1. A63/6 Add2.
 - (2010b). *Establecimiento de un grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA63.28.
 - (2012a). *Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. A65/24.
 - (2012b). *Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA65.22.
 - (2015). *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA68.18.
 - (2017). *Evaluación y examen de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. A70/21
 - (2018a). *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA71/13.
 - (2018b). *La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA71(8).
 - (2019). *Mejora de la transparencia de los mercados de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHA72.8.
- BANCO MUNDIAL (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Nueva York: Oxford University Press.

- BERNAL, I. e IRÁIZOZ, E. (2018). *Medicamentos para el cáncer: altos precios y desigualdad*. Madrid: No es Sano.
- (2021). *La vacuna: un bien público global para afrontar una pandemia*. Madrid: No es Sano.
- BERNAL, I. ET AL. (2020). *El desabastecimiento y la escasez de medicamentos: análisis y recomendaciones de la Campaña No es Sano*. Madrid: No es Sano.
- CDC (11 de julio, 2020). Cómo reducir el estigma asociado al COVID-19. *espanol.cdc.gov*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/reducing-stigma.html>
- CDESC (2000). *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N.º14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Ginebra: Naciones Unidas. E/C.12/2000/4.
- CDH (2002a). *Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la de VIH/SIDA*. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos. E/CN.4/RES/2002/32.
- (2002b). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos. E/CN.4/RES/2002/31.
- (2003). *Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo*. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos. E/CN.4/RES/2003/29.
- (2004). *Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo*. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos. E/CN.4/RES/2004/26.
- (2005). *Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo*. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos. E/CN.4/RES/2005/23.
- CDPI (2002). *Integrando los derechos de propiedad intelectual y la política de desarrollo. Informe de la Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual*. Londres: Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual.
- CIAPS (1978). *Declaración De Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, RSS de Kazajistán, 6-12 de septiembre de 1978.
- CIPIH (2006). *Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual : informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- CIS (2020). *Avance de resultados del estudio 3298 efectos y consecuencias del coronavirus (I)*. *cis.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: http://www.cis.es/cis/opencms/ES/NoticiasNovedades/InfoCIS/2020/Documentacion_3298.html
- CNC (1994). *Acuerdo de Marrakech por el que se establece la organización Mundial del Comercio. Anexo 1C. Aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio*. Marrakech: Comité de Negociaciones Comerciales ministerial.
- CNUCYD (1997). *The TRIPS Agreement and Developing Countries*. Ginebra: Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. 96.II.D.10.
- COMISIÓN EUROPEA (2010). *EUROPA 2020 Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. COM/2010/2020 final*. Bruselas: Comisión Europea.

- (2020). *Recomendación del Consejo relativa al Programa Nacional de Reformas de 2020 de España y por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el Programa de Estabilidad de 2020 de España*. COM(2020) 509 final. Bruselas: Comisión Europea.
- CONSEJO DE LOS ADPIC (2002). *Prórroga del período de transición previsto en el párrafo 1 del artículo 66 del Acuerdo sobre los ADPIC para los países menos adelantados Miembros con respecto a determinadas obligaciones relativas a los productos farmacéuticos*. Consejo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio. IP/C/25
- (2015). *Prórroga del período de transición previsto en el párrafo 1 del artículo 66 del Acuerdo sobre los ADPIC para los países menos adelantados Miembros con respecto a determinadas obligaciones relativas a los productos farmacéuticos*. Consejo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio. IP/C/73
- CONSELLO DE CONTAS DE GALICIA (2018). *Informe de fiscalización del gasto en atención residencial a personas mayores y dependientes*. Santiago de Compostela: Consello de Contas de Galicia.
- (2019). *Informe de fiscalización del concierto con el Hospital Povisa*. Santiago de Compostela: Consello de Contas de Galicia.
- CORREA, C.M. y VELÁSQUEZ, G. (2018). *Acceso a medicamentos: experiencia con licencias obligatorias y uso gubernamental. El caso de la hepatitis C*. Ginebra: South Centre.
- CORREA, C.M. (2002). *Repercusiones de la Declaración de Doha relativa al acuerdo sobre los ASPIC y la salud pública*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHO/EDM/PAR/2002.3.
- (2020). *Lessons from COVID-19: Pharmaceutical Production as a Strategic Goal*. Southviews 202. Ginebra: South Centre.
- CRUZ ROJA (2012). ¡Hola! Soy tu hígado. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www2.cruzroja.es/-/hola-soy-tu-higado>
- (2019). *Boletín sobre vulnerabilidad social: la vulnerabilidad social y la salud de las personas atendidas por Cruz Roja*. N.º18. Madrid: Cruz Roja Española.
- CUE (17 de junio, 2016). Conclusiones del Consejo sobre el refuerzo del equilibrio de los sistemas farmacéuticos en la UE y sus Estados miembros. *Comunicado de prensa*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <http://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2016/06/17/epsco-conclusions-balance-pharmaceutical-system/>
- DEFENSOR DEL PUEBLO (7 de octubre, 2019). *Demora en la realización de intervenciones quirúrgicas de prótesis de rodilla en el Hospital General de Villarrobledo (Albacete)*. Queja n.º 18019536.
- (2020). *Informe anual 2019. Volumen I. Informe de gestión*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- DIRECTOR GENERAL (1989). *Action Programme on Essential Drugs: progress report by the Director-General submitted to the Committee on Drug Policies*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. EB89/INF.DOC./3.
- (2018). *Medicamentos, vacunas y productos sanitarios: Acceso a los medicamentos y las vacunas. Informe del Director General*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. EB144/17.
- DNDi (2013). *Research & Development for diseases of the poor: a 10-year analysis of impact of the DNDi Model*. Ginebra.
- DUFFY, K. (1998). *Final report: social cohesion and quality of life. The human dignity and social exclusion project*. Estrasburgo: Consejo de Europa.

- EMA (2016). *El sistema europeo de regulación de medicamentos: un enfoque uniforme para la regulación de los medicamentos en toda la Unión Europea*. Ámsterdam: Agencia Europea de Medicamentos. EMA/716925/2016.
- ESPUELAS BARROSO, S. (2013). *La evolución del gasto social público en España, 1850-2005*. *Estudios de Historia Económica*, n.º 63. Madrid: Banco de España.
- EUSKO JAURLARITZA (2020). *Euskadi Next: Programa Vasco de Recuperación y Resiliencia 2021>2026*. Gasteiz: Eusko Jaurlaritza.
- EVALUATE (2018). *EvaluateMedTech: World Preview 2018, Outlook to 2024*. Londres: Evaluate Headquarters.
- EWEC (2015). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030): sobrevivir, prosperar, transformar*. Nueva York: Every Woman Every Child.
- EXPH (2016). *Access to health services in the European Union*. Bruselas: Expert Panel on effective ways of investing in Health.
- FOESSA (2019). *VIII Informe sobre, exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación Foessa.
- FUNDACIÓN IDIS (2020). *El futuro del sector salud*. Madrid: Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad.
- FUNDACIÓN INSTITUTO ROCHE (2020). *Hablando sobre Inteligencia Artificial*. Madrid: Fundación Instituto Roche.
- FUNDACIÓN MÁS QUE IDEAS y FNETH (2017). *Percepción social de la hepatitis C en España -Julio de 2017*. Barcelona/Madrid: Fundación más que ideas y Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos.
- GÁLVEZ ZALOÑA, R. y LAMATA COTANDA, F. (2019). *Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública. Algunas propuestas para impedir los precios excesivos y garantizar un acceso justo a los medicamentos*. Madrid: Fundación Alternativas.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2021). *Next Generation Catalonia*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.accio.gencat.cat/web/.content/01_Serveis/innovacio/1-innovacio-empresarial-rd/eu-recovery-plan/next-generation-catalonia.pdf
- GOBIERNO DE ESPAÑA (4 de abril, 2019). El Gobierno aprueba la Estrategia Nacional contra la Pobreza Energética 2019-2024. [miteco.gob.es](https://www.miteco.gob.es). Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.miteco.gob.es/es/prensa/ultimas-noticias/el-gobierno-aprueba-la-estrategia-nacional-contra-la-pobreza-energ%C3%A9tica-2019-2024/tcm:30-496260>
- (2021). *Plan de recuperación, transformación y resiliencia*. Madrid: Gobierno de España. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan_Recuperacion_%20Transformacion_%20Resiliencia.pdf
- GONZÁLEZ-EQUINO, M. (2014). *La pobreza energética y sus implicaciones*. *BC3 Working Paper Series 2014-08*. Leioa: Universidad del País Vasco
- HERNÁNDEZ, J. y MARTÍNEZ, F. (2013). *¿Qué debo saber sobre el tratamiento de la hepatitis C?* Barcelona: gTg-VIH/Asscat.

- ILP MEDICAMENTOS A UN PRECIO JUSTO (2020). *Iniciativa Legislativa Popular "Medicamentos a un precio justo"*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://usercontent.one/wp/ilp.medicamentosaupreciojusto.org/wp-content/uploads/2020/03/TEXTO-COMPLETO-ILP-MEDICAMENTOSAUNPRECIOJUSTO.pdf>
- IDHC (2009). *Declaración universal de derecho humanos emergentes*. Barcelona: Institut de Drets Humans de Catalunya.
- I-MAK (2018). *Overpatented, Overpriced: How Excessive Pharmaceutical Patenting is Extending Monopolies and Driving up Drug Prices*. I-MAK.
- ISCI III (2020). *Informe del grupo de análisis científico sobre coronavirus del ISCI III: desarrollo de vacunas frente al SARS-CoV-2*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación/Instituto de Salud Carlos III.
- ISGLOBAL (2016). *Hepatitis C: el nuevo campo de batalla por el acceso a medicamentos esenciales*. Barcelona: ISGlobal.
- JANSSEN (2018). *Janssen. Informe de Responsabilidad Social Corporativa (RSC), 2012-2013*. Madrid: Janssen-Cilag S.A.
- LALONDE, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A Working document*. Ottawa: Gobierno de Canadá.
- LAPARRA, M., ZUGASTI, N. y GARCÍA LAUTRE, I. (2014). *Reflexiones metodológicas en el análisis de la exclusión social. Documento de Trabajo 3.11*. Madrid: Fundación Foessa.
- LOBO, F. (1989). *La evolución de las patentes sobre medicamentos en los países desarrollados*. Doc. N.º 009/1989.
- (2013). *La intervención de precios de los medicamentos en España: panorama de la regulación y los estudios empíricos. Cátedra de Economía de los Medicamentos. Universidad Carlos III de Madrid-ABBVIE*. Madrid: Springer SBM Spain, S.A.U.
- MARTÍN, U. ET AL. (2017). *Amenazas al derecho a la salud en Euskadi. Desigualdades sociales en salud y procesos de privatización en el sistema sanitario*. Gasteiz: Medicus Mundi.
- MARTÍN GARCÍA, M. (2014b). *El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes. Documento de trabajo 183/2014*. Madrid: Fundación Alternativas.
- MÁS SANIDAD PÚBLICA Y UNIVERSAL (15 de octubre, 2020). *Comunicado*. Madrid: Salud por Derecho. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://saludporderecho.org/wp-content/uploads/2020/11/Comunicado-M%C3%A1s-Sanidad.pdf>
- MASTERCARD (2016). *The Road to Inclusion. Mastercard Financial Inclusion Survey Key Learnings Report*. Waterloo: Mastercard.
- MÉDICOS DEL MUNDO (2016). *Médicos del Mundo: objeción a la patente sobre el sofosbuvir. La hepatitis C: una lacra, un remedio y un escándalo*. París: Médecins du Monde.
- (2017). *Personas excluidas: el fracaso de la cobertura sanitaria universal en Europa. Informe del Observatorio de 2017*. París: Médicos del Mundo.
- (2019). *Left Behind the State of Universal Healthcare Coverage in Europe. 2019 Observatory Report*. París: Médicos del Mundo.
- MINISTERIO DE HACIENDA (2012). *Programa Nacional de Reformas*. Madrid: Ministerios de Hacienda.

- MINISTERIO DE SANIDAD (2020a). *Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018*. Informes, estudios e investigación 2020. Madrid: Ministerio de sanidad.
- (2020b). *Gasto Sanitario. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018*. Informes, estudios e investigación 2020. Madrid: Ministerio de sanidad.
- (2020c). *Barómetro sanitario de 2019*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- MSF (9 de abril, 2020a). Es aquí, y es ahora: necesitamos que se refuerce la protección al personal sanitario. *msf.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.msf.es/actualidad/espana/aqui-y-ahora-necesitamos-que-se-refuerce-la-proteccion-al-personal-sanitario>
- (24 de noviembre, 2020b). La vacuna de la COVID-19 de Oxford es una buena noticia, pero no queremos otra promesa vacía más. *msf.es*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.msf.es/actualidad/reino-unido/la-vacuna-la-covid-19-oxford-una-buena-noticia-no-queremos-otra-promesa-vacia>
- MSSI (2015). *Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/home.htm>
- MUÑOZ TELLEZ, V. (2020). *La pandemia de COVID-19: el fomento de la I+D y la gestión de la propiedad intelectual para acceder a diagnósticos, medicamentos y vacunas. Informe sobre políticas 73*. Ginebra: South Centre.
- NO ES SANO (2020). *Posicionamiento de No es sano sobre las conclusiones del grupo de trabajo de sanidad de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica*. Madrid: No es Sano.
- OMC (2000). *Brasil — Medidas que afectan a la protección mediante patente. Solicitud de celebración de consultas presentada por los Estados Unidos*. G/L/385; IP/D/23; WT/DS199/1. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/FE_Search/FE_S_S009-DP.aspx?language=S&CatalogueIdList=35212&CurrentCatalogueIdIndex=0&FullTextHash=&HasEnglishRecord=True&HasFrenchRecord=True&HasSpanishRecord=True
- (2001a). *Brasil — Medidas que afectan a la protección mediante patente. Notificación de la solución mutuamente convenida*. G/L/454; IP/D/23/Add.1; WT/DS199/4. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: [https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/FE_Search/FE_S_S006.aspx?Query=\(%20wt/ds199/*\)&Language=SPANISH&Context=FomerScriptedSearch&languageUIChanged=true#](https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/FE_Search/FE_S_S006.aspx?Query=(%20wt/ds199/*)&Language=SPANISH&Context=FomerScriptedSearch&languageUIChanged=true#)
- (2001b). *Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública*. Doha: Conferencia Ministerial de la OMC. WT/MIN(01)/DEC/2.
- (2020). *Waiver from certain provisions of the TRIPS agreement of the prevention, containment and treatment of COVID-19. Communication from India and South Africa*. IP/C/W/669. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/11/IPCW669.pdf>
- OME (4 de mayo, 2020). *Medidas urgentes en los Centros Penitenciarios, durante esta pandemia de coronavirus...* *ome-aen.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://ome-aen.org/medidas-urgentes-en-los-centros-penitenciarios-durante-esta-pandemia-de-coronavirus/>
- OMPI (2011). *¿Qué es la Propiedad Intelectual?* Ginebra: Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

- OMS (1977). *The Selection of essential drugs, Report of a WHO Expert Committee*. WHO Technical Report Series, n.º615.
- (1998). *Promoción de la Salud: Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2001). *La globalización, el Acuerdo sobre los ADPIC y el acceso a los productos farmacéuticos*. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS, n.º3. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2002a). *Essential Medicines. WHO Model List (revised April 2002). 12th edition*. Ginebra: Organización mundial de la Salud. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67335/a76618.pdf?sequence=1>
- (2002b). *Selección de medicamentos esenciales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS*. Ginebra: Organización mundial de la Salud.
- (2003). *The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, 2002: (including the 12th model list of essential medicines)*. Ginebra: Organización mundial de la Salud. WHO technical report series, n.º914.
- (2004a). *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4964s/s4964s.pdf>
- (2004b). *Estrategia Farmacéutica de la OMS 2004-2007: lo esencial son los países*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHO/EDM/2004.2.
- (2004c). *Medicamentos esenciales y políticas farmacéuticas*. Informe anual 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2007a). *Lista modelo OMS de medicamentos pediátricos esenciales : 1a lista, octubre de 2007*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud.
- (2007b). *Lista modelo OMS de Medicamentos Esenciales de la OMS*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud.
- (2008). *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- (2016). *Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2019). *13.º Programa General de Trabajo 2019-2023: promover la salud, preservar la salud mundial, servir a las poblaciones vulnerables*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328843/WHO-PRP-18.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (2020e). *Medicamentos esenciales. who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.who.int/topics/essential_medicines/es/
- (5 de enero, 2020f). *Neumonía de causa desconocida – China*. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>
- (14 de enero, 2020g). *Novel Coronavirus – Thailand (ex-China)*. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/emergencias/disease-outbreak-news/item/2020-DON234>

- (21 de enero, 2020h). Nuevo coronavirus - República de Corea (procedente de China). *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/csr/don/21-january-2020-novel-coronavirus-republic-of-korea-ex-china/es/>
 - (30 de enero, 2020i). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
 - (11 de febrero, 2020j). Intervención del director general de la OMS en la conferencia de prensa sobre el 2019-nCoV del 11 de febrero de 2020. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
 - (11 de marzo, 2020k). Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
 - (30 de marzo, 2020l). La OMS publica directrices para ayudar a los países a mantener los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2020-who-releases-guidelines-to-help-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>
 - (13 de abril, 2020m). Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 13 de abril de 2020. *who.int*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--13-april-2020>
- ONU (2016). *Leaving no one behind: the imperative of inclusive development. Report on the World Social Situation 2016*. Nueva York: Naciones Unidas. ST/ESA/362.
- (14 de marzo, 2020a). Tres mil millones de personas no tienen como lavarse las manos para protegerse del coronavirus. *news.un.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471171>
 - (19 de marzo, 2020b). La pandemia del coronavirus llama la solidaridad mundial, no al proteccionismo. *News.un.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471472>
 - (4 de mayo, 2020c). Ensayos en Estados Unidos dan un “rayo de esperanza” sobre el uso del remdesivir contra el coronavirus. *news.un.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1473812>
 - (8 de mayo, 2020d). Con la expansión de la COVID-19, debemos inmunizar a las sociedades contra el virus del odio. *News.un.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474042>
- ONUSIDA (19 de febrero, 2020a). ONUSIDA y China trabajan juntos durante el brote de COVID-19 para garantizar que las personas que viven con el VIH puedan continuar recibiendo su tratamiento. *Unaid.org*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/february/20200218_china_covid19
- (2020b). *Los Derechos Humanos en tiempos de COVID-19: Lecciones del VIH para una respuesta efectiva dirigida por la comunidad*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

- OPEN EVIDENCE (2020). *Estudio sobre los efectos del Covid-19 y el confinamiento en Italia, España y Reino Unido. Primera Ola*. Barcelona: Open Evidence.
- OPIK (2020). *La salud de la infancia confinada: datos preliminares sobre el impacto del confinamiento en la salud de niños y niñas de 3 a 12 años*. Leioa: Euskal Herriko Unibertsitatea.
- PARLAMENTO EUROPEO (10 de junio, 2021). *Respuesta al desafío mundial de la COVID-19: consecuencias de la suspensión del Acuerdo sobre los ADPIC de la OMC en materia de vacunas, tratamiento y equipos en relación con la COVID-19 y aumento de la capacidad de producción y fabricación en los países en desarrollo*. P9_TA(2021)0283.
- PILON, S. (2016). *Medicamentos esenciales: guía práctica de utilización destinado a médicos, farmacéuticos, enfermeros y auxiliares sanitarios*. París: Médicos Sin Fronteras.
- PRESIDENCIA DEL GOBIERNO (14 de marzo, 2020a). Referencia del Consejo de Ministros. lamoncloa.gob.es. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/Paginas/2020/refc20200314.aspx>
- (12 de abril, 2020b). Conferencia de prensa del presidente del Gobierno tras la reunión de la Conferencia de presidentes autonómicos. lamoncloa.gob.es. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/intervenciones/Paginas/2020/prsp12042020.aspx?qfr=23>
- PWC (2011). *Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012. Dos agendas simultáneas: recortes y reformas*. PricewaterhouseCoopers S.L.
- REDER (2015). *Testimonios de las personas afectadas por el RDL 16/2012. Red de Denuncia y Resistencia al Real Decreto Ley 16/2012*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://reder162012.org/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=31&Itemid=763
- RODRÍGUEZ BLAS, M.^a C. (2021). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2019: principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- RODRÍGUEZ MUÑOZ, A. ET AL. (2020). *Los efectos psicológicos de la cuarentena por el COVID-19: un estudio longitudinal Proyecto de investigación en ejecución*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y MARTÍNEZ NAVARRO, F. (2008). *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- RUANE, S. ET AL. (2013). *Las cuestiones clave de la sanidad pública: un diagnóstico comparado de los Sistemas Públicos Sanitarios de España y el Reino Unido*. Madrid: Fundación 1º de Mayo.
- SABATÉ, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- SÁNCHEZ BAYLE, M. (2014). *La privatización de la asistencia sanitaria en España. Documento de trabajo 182/2014*. Madrid: Fundación Alternativas.
- SÁNCHEZ BAYLE, M. y FERNÁNDEZ RUIZ, S. (2018). *Salud Pública: entre el éxito y el desastre*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
- SÁNCHEZ BAYLE, M. y MARTÍN GARCÍA, M. (2004). *Nuevas formas de gestión: las fundaciones en Galicia. Documento de trabajo 43/2004*. Madrid: Fundación Alternativas.

- SAVE THE CHILDREN (3 de febrero, 2020a). *Save the Children* alerta de los efectos que la expansión del virus tendrá en los niños y niñas más allá de la salud, como la falta de escolarización. [savethechildren.es](https://www.savethechildren.es). Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.savethechildren.es/notasprensa/coronavirus-save-children-alerta-de-los-efectos-que-la-expansion-del-virus-tendra-en-los>
- (18 de marzo, 2020b). *Save the Children* alerta del avance del coronavirus ante millones de niños y niñas refugiados y desplazados hacinados en campamentos sin atención médica. [savethechildren.es](https://www.savethechildren.es). Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.savethechildren.es/notasprensa/save-children-alerta-del-avance-del-coronavirus-ante-millones-de-ninos-y-ninas>
- SCHERER, N., GONZÁLEZ BRIZ, E y BLÁZQUEZ SÁNCHEZ, N. (2021). *Guía NextGenerationEU: más sombras que luces. Análisis de los fondos europeos de recuperación y resiliencia: oportunidades, deficiencias y propuestas*. Barcelona: Observatori del Deute en la Globalització.
- SINCLAIR, S. (2001). *Financial exclusion: An introduction survey. Centre for Research into Socially Inclusive Services (CRISIS). Working Paper*. Edimburgo: Universidad Heriot-Watt.
- STONE, K. (2016). *Global state of harm reduction 2016*. Londres: Harm Reduction International.
- SUBCOMNU (2001). *La mundialización y sus consecuencias para el pleno disfrute de todos los derechos humanos*. Resolución de la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos. E/CN.4/Sub.2/Res/2001/5.
- TABARINI, A. (Dir.), JACOVKIS, J. y MONTES, A. (2017). *Los factores de la exclusión educativa en España: Mecanismos, perfiles y espacios de intervención*. Madrid: UNICEF Comité Español.
- TIRADO HERRERO, S. ET AL. (2012). *Pobreza energética en España, Potencial de generación de empleo directo de la pobreza derivado de la rehabilitación energética de viviendas*. Madrid: Asociación de Ciencias Ambientales.
- (2018). *Pobreza energética en España, Hacia un sistema de indicadores y una estrategia de actuación estatal*. Madrid: Asociación de Ciencias Ambientales.
- TUFTS (2014). *Cost of development in a new drug*. Boston: Tufts center for the study of drug development.
- UCL INSTITUTE FOR INNOVATION AND PUBLIC PURPOSE (2018). *The people's prescription: Re-imagining health innovation to deliver public value. IIPP Policy Report, 2018-10*. Londres: IIPP, Global Justice Now, Just Treatment, STOPAIDS.
- UNESCO (2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- UNHLP (2016). *Informe del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a Medicamentos: promover la innovación y el acceso a las tecnologías de la salud*. Nueva York: Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a Medicamentos.
- UNICEF (2017). *Plan Estratégico del UNICEF para 2018-2021*. Nueva York: Naciones Unidas. E/ICEF/2017/17/Rev.1.
- (2018). *Plan estratégico de UNICEF 2018-2021*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- VALIANI, S. (2020). *Access to medical supplies and devices – the lesser known story of COVID-19 and medical monopoly*. *Southviews 208*. Ginebra: South Centre.

- VELÁSQUEZ, G. y BOULET, P. (1997). *Mundialización y acceso a los medicamentos: implicaciones del acuerdo de los ADPIC de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHO/DAP/98.9.
- (1999). *Globalización y acceso a los medicamentos : perspectivas sobre el acuerdo ADPIC/OMC. Segunda edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHO/DAP/98.9 rev.
- (2015). *The WHO “red Book” on Access to Medicines and Intellectual Property. 20 years later*. Ginebra: South Centre.
- VELÁSQUEZ, G. (2014). *Algunas cuestiones clave relacionadas con el acceso a los medicamentos y la propiedad intelectual*. Paterna: Farmamundi.
- (2019). *Medicines and Intellectual Property: 10 Years of the WHO Global Strategy*. Documento de Investigación, n.º100. Ginebra: South Centre.
- (2020a). *Las Reformas de la Organización Mundial de la Salud en la época de COVID-19. Documento de investigación 121*. Ginebra: South Centre.
- (2020b). *Re-thinking Global and Local Manufacturing of Medical Products After COVID-19. Research Paper 118*. Ginebra: South Centre.
- (2020c). *Repensando la I+D para productos farmacéuticos después del choque de la Coronavirus COVID-19. Informe sobre políticas 75*. Ginebra: South Centre.
- VV. AA. (2006). *Declaratoria de Ministras y Ministros de América del Sur sobre propiedad intelectual, acceso a los medicamentos y salud*. Ginebra.
- (2020). Carta de la sociedad civil apoyando la propuesta de la India y Sudáfrica sobre la exención (waiver) de ciertas disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC para la prevención, la contención y el tratamiento de la COVID-19. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <http://www.fadsp.org/documents/2020/CARTELADELA SOCIEDAD CIVIL.pdf>
- WYDEN, R. y GRASSLEY, C. (2015). *The Price of Sovaldi and its Impact on the U.S. Health Care System*. 114th Congress, 1st Session. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/CPRT-114SPRT97329/html/CPRT-114SPRT97329-Part1.htm>
- YO SÍ SANIDAD UNIVERSAL (2019). *Informe sobre la exclusión sanitaria ... a un año del RDL 7/2018 sobre “el acceso universal al Sistema Nacional de Salud”*. Madrid: Yo sí sanidad universal.

DECRETOS, LEYES Y RESOLUCIONES

- CONSEJO DE EUROPA (18 de octubre, 1961). Carta Social Europea. Turín. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.coe.int/es/web/compass/european-social-charter>
- (7 de diciembre, 2000). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. Niza. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
- (23 y 24 de marzo, 2000). *Consejo Europeo de Lisboa, 23 y 24 de marzo 200. Conclusiones de la presidencia*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm
- CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (12 de febrero, 1974). *Resolución del Consejo, de 21 de enero de 1974, relativa a un programa de acción social*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=celex%3A31974Y0212%2801%29>

—(9 de febrero, 1965). *Directiva 65/65/CEE del Consejo, de 26 de enero de 1965, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas, sobre especialidades farmacéuticas*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/es/TXT/?uri=CELEX%3A31965L0065>

—(24 de agosto, 1993). *Reglamento (CEE) n.º 2309/93 del Consejo, de 22 de julio de 1993, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y supervisión de medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A31993R2309>

CONSEJO DE TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO (23 de julio, 2018). *R-0266-2018*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=015503211893170276735:esa98j771tm&q=https://www.consejodetransparencia.es/ct/Home/dam/jcr:aa5e24e6-87df-4f07-8721-70e09dc8dc17/R-0266-2018.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwj037C0z5jsAhVvDWMBHTgkBOAQFjAAegQIBB&usg=AOvVaw07Z878vsbbxAnVI_pmlMXZ

—(26 de septiembre, 2019). *R-0478-2019*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=015503211893170276735:esa98j771tm&q=https://www.consejodetransparencia.es/ct/Home/dam/jcr:84cec08c-1e72-4b1f-acc3-96d1573d149d/R-0478-2019.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwjm0bHPz5jsAhXuA2MBHeVVAKYQFjAAegQIAXAC&usg=AOvVaw2IMz2DjT-P2E9nAJLp2tnk>

—(6 de marzo, 2020). *R-0885-2019*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=015503211893170276735:esa98j771tm&q=https://www.consejodetransparencia.es/ct/Home/gl/dam/jcr:4fe2e240-bed3-4665-baa5-ef83cc6609c5/R-0885-2019.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwixzI3zz5jsAhXc8OAKHUjWBOWQFjAAegQIABAB&usg=AOvVaw04JAUD5M5oeAb_c_6XhXO8

CONSELLERIA DE SANIDAD (7 de marzo, 2013). *Decreto 43/2013, de 21 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud*. DOG nº47. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2013/20130307/AnuncioC3K1-270213-0003_es.html

—(10 de noviembre, 2017). *Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas*. DOG nº24. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.xunta.gal/diario-oficial-galicia/mostrarContenido.do?ruta=/u01/app/oracle/shared/resources/pxdog100/doga/Publicados/2017/20171110/Secciones1_es.html&paginaCompleta=false&compMenu=10102

CORTES CONSTITUYENTES (9 de diciembre, 1931). *Constitución de la Segunda República española*. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.congreso.es/docu/constituciones/1931/1931_cd.pdf

CORTES GENERALES (29 de diciembre, 1978). *Constitución Española*. BOE-A-1978-31229. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

—(18 de marzo, 1986). *Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*. n.º275. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.congreso.es/public_oficiales/L2/CONG/DS/PL/PL_275.PDF

- DEPARTAMENT DE LA PRESIDÈNCIA (30 de julio, 1990). *Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya*. DOGC, n.º 1324. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/1990/07/09/15>
- (18 de octubre, 1995). *Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya*. DOGC, n.º 2116. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/1995/09/29/11>
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO (29 de junio, 2012). *Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi*. BOPV, n.º127. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2012/06/1202973a.pdf>
- JEFATURA DEL ESTADO (27 de diciembre, 1942). *Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad*. BOE-A-1942-11840. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1942-11840>
- (26 de noviembre, 1944). *Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional*. BOE-A-1944-10938. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1944-10938>
- (30 de diciembre, 1963). *Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social*. BOE-A-1963-22667. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1963-22667>
- (16 de noviembre, 1978). *Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo*. BOE-A-1978-28739. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-28739>
- (5 de junio, 1981). *Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio*. BOE-A-1981-12774. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1981-12774>
- (1 de julio, 1985). *Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial*. BOE-A-1985-12666. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1985-12666>
- (26 de marzo, 1986). *Ley 11/1986, de 20 de marzo, de Patentes*. BOE-A-1986-7900. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/03/20/11>
- (29 de abril, 1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. BOE-A-1986-10499. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- (22 de diciembre, 1990). *Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento*. BOE-A-1990-30938. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/eli/es/l/1990/12/20/25>
- (25 de noviembre, 1994). *Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general*. BOE-A-1994-26004. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/boe/dias/1994/11/25/pdfs/A36146-36164.pdf>
- (24 de noviembre 1995). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. BOEA-1995-25444. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
- (18 de junio, 1996). *Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD*. BOE-A-1996-13884. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/boe/dias/1996/06/18/pdfs/A19950-19951.pdf>

- (26 de abril, 1997). *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*. BOE-A-1997-9021. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/boe/dias/1997/04/26/pdfs/A13449-13450.pdf>
 - (31 de diciembre, 1997). *Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social*. BOE-A-1997-28053. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/eli/es/l/1997/12/30/66>
 - (31 de diciembre, 1998). *Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social*. BOE-A-1998-30155. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/boe/dias/1998/12/31/pdfs/A44412-44495.pdf>
 - (30 de mayo, 2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. BOE-A-2003-10715. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
 - (23 de noviembre, 2003). *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*. BOE-A-2003-21340. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
 - (18 de diciembre, 2003). *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud*. BOE-A-2003-23101. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/16/55/con>
 - (27 de julio, 2006). *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. BOE-A-2006-13554. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>
 - (5 de octubre, 2011). *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*. BOE-A-2011-15623. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623>
 - (24 de abril, 2012). *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. BOE-A-2012-5403. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-5403-consolidado.pdf>
 - (25 de julio, 2013). *Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. BOE-A-2013-8083. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-8083>
 - (25 de julio, 2015). *Ley 24/2015, de 24 de julio, de Patentes*. BOE-A-2015-8328. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/24/24/con>
 - (30 de julio, 2018). *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*. BOE-A-2018-10752. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>
- MINISTERIO DE ECONOMÍA NACIONAL (30 de julio, 1929). *Real decreto-ley reformando la de Propiedad Industrial de 16 de Mayo de 1902 y su Reglamento de 15 de Enero de 1924*. Gaceta de Madrid, n.º211. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1929/211/A00739-00777.pdf>
- MINISTERIO DE HACIENDA (24 de septiembre, 1892). *Ley del Timbre del Estado, de 15 de septiembre de 1892*. Gaceta de Madrid, n.º 268.

—(25 de diciembre, 1925). *Real Decreto-Ley de 22 de diciembre de 1925*. Gaceta de Madrid, n.º 359.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN (28 de noviembre, 1855). Ley sobre el servicio general de Sanidad. Gaceta de Madrid, n.º 7.

—(10 de diciembre, 1883). *Real Decreto de 5 de diciembre de 1883*. Gaceta.

—(31 de enero, 1900). *Ley de Accidentes de trabajo*. Gaceta de Madrid, n.º 31. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1900/031/A00363-00364.pdf>

—(23 de enero, 1904). *Instrucción General de Sanidad Pública*. Gaceta de Madrid, n.º 23. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/023/A00290-00295.pdf>

—(13 de marzo, 1919). *Real Decreto de 6 de marzo por el que se aprueba el Reglamento para elaboración y venta de especialidades farmacéuticas*. Gaceta de Madrid.

—(21 de enero, 1931). *Real Decreto n.º 450 de 20 de enero de 1931*. Gaceta de Madrid.

—(7 de octubre, 1963). *Decreto 2464/1963, de 10 de agosto, por el que se regulan los laboratorios de especialidades farmacéuticas y el registro, distribución y publicidad de las mismas*. BOE-A-1963-19194. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/boe/dias/1963/10/07/pdfs/A14303-14310.pdf>

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA (31 de marzo, 1999). *Real Decreto 520/1999, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia Española del Medicamento*. BOE-A-1999-7347. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1999/03/26/520>

—(25 de enero, 2000). *Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud*. BOE-A-2000-1484. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/boe/dias/2000/01/25/pdfs/A03134-03148.pdf>

—(23 de septiembre, 2011). *Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal «Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios» y se aprueba su Estatuto*. BOE-A-2011-15044. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15044>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (25 de julio, 2015). *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. BOE-A-2015-8343. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-8343>

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (20 de julio, 2009). *Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales*. BOE-A-2009-12002. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-12002>

MINISTERIO DE TRABAJO (30 de diciembre, 1966). *Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, por el que se regula la dispensación de especialidades farmacéuticas en el Régimen General de la Seguridad Social*. BOE-A-1966-21115. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1966-21115>

—(30 de junio, 1973). *Decreto 1417/1973, de 10 de mayo, sobre modificación de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social*. BOE-A-1973-895. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-895>

- (20 de julio, 1974). Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE-A-1974-1165. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1974-1165>
- MINISTERIO DE TRABAJO, COMERCIO E INDUSTRIA (23 de agosto, 1923). Real Decreto de 23 de agosto de 1923. Gaceta de Madrid, n.º 235. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1923/235/A00811-00813.pdf>
- MINISTERIO DE TRABAJO Y PENSIÓN (24 de marzo, 1929). Real Decreto-Ley n.º 938 de 22 de marzo de 1929. Gaceta de Madrid, n.º83. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1929/083/A02202-02206.pdf>
- MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN (27 de mayo, 1931). Decreto de 26 de mayo de 1931. Gaceta de Madrid, n.º147. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1931/147/A00963-00964.pdf>
- OMS (22 de junio, 1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- ONU (26 de junio, 1945). *Carta de las Naciones Unidas*. San Francisco. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.defensa.gob.es/Galerias/defensadocs/carta-ONU-1945.pdf>
- PARLAMENTO EUROPEO Y CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (28 de noviembre, 2001). *Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2001/83/oj>
- (30 de abril, 2004). *Reglamento (CE) n.º 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004 por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32004R0726>
- (30 de abril, 2004). *Directiva 2004/24/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004 por la que se modifica, en lo que se refiere a los medicamentos tradicionales a base de plantas, la Directiva 2001/83/CE por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX%3A32004L0024>
- (30 de abril, 2004). *Directiva 2004/27/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004 que modifica la Directiva 2001/83/CE por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/doue/2004/136/L00034-00057.pdf>
- (30 de abril, 2004). *Directiva 2004/28/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004 que modifica la Directiva 2001/82/CE por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos veterinarios (Texto pertinente a efectos del EEE)*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A32004L0028>

—(30 de septiembre, 2004). *Directiva 2004/83/CE del Consejo, de 29 de abril de 2004, por la que se establecen normas mínimas relativas a los requisitos para el reconocimiento y el estatuto de nacionales de terceros países o apátridas como refugiados o personas que necesitan otro tipo de protección internacional y al contenido de la protección concedida*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A32004L0083>

—(14 de agosto, 2009). *Directiva 2009/72/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de julio de 2009 sobre normas comunes para el mercado interior de la electricidad y por la que se deroga la Directiva 2003/54/CE*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/doue/2009/211/L00055-00093.pdf>

—(14 de agosto, 2009). *Directiva 2009/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de julio de 2009 sobre normas comunes para el mercado interior del gas natural y por la que se deroga la Directiva 2003/55/CE*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/doue/2009/211/L00094-00136.pdf>

PRESIDENCIA DE LA XUNTA DE GALICIA (27 de enero, 2014). *Ley 14/2013, de 26 de diciembre, de racionalización del sector público autonómico*. DOG n.º 17. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://xeg.xunta.gal/sites/default/files/documentos/2013_Ley_Racionalizacion_Sector_Publico_Autonomico.pdf

—(9 de abril, 2018). *Ley 1/2018, de 2 de abril, por la que se modifica la Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia*. DOG n.º 68. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2018/20180409/AnuncioC3B0-040418-0001_es.pdf

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS (30 de abril, 1903). *Real Decreto del 30 de abril de 1903*. Gaceta de Madrid, n.º 120. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1903/120/A00371-00372.pdf>

—(12 de marzo, 1919). *Real Decreto de 11 de marzo de 1919*. Gaceta de Madrid, n.º 71. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1919/071/A00916-00918.pdf>

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR (13 de febrero, 1924). *Real Decreto de 9 de febrero de 1924*. Gaceta de Madrid, n.º 44.

SDN (28 de junio, 1919). *Tratado de Versalles. Parte I. Pacto de la Sociedad de Naciones*. Versalles. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://dudh.es/pacto-de-la-sociedad-de-naciones-1919/>

UNIÓN EUROPEA ([29 de julio, 1992] 26 de octubre, 2012). *Versión consolidada del Tratado de la Unión Europea*. Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 6 de septiembre de 2021 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012M/TXT&from=ES>

SENTENCIAS

AUDIENCIA PROVINCIAL – A CORUÑA, Sección Sexta (2 de diciembre, 2020). Auto 00363/2020. [MP Ángel Manuel Pantin Reigada]

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, Sala Tercera de Revisión (13 de septiembre, 2002). STC T-754/02.

CORTE SUPREMA DE ESTADOS UNIDOS (26 de febrero, 1974). Memorial Hosp. v. Maricopa County, 415 U.S. 250.

- CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (24 de octubre, 2000). Campodónico de Beviacqua, Ana Carina v. Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas. C.823.XXXV.
- JUZGADO DE INSTRUCCIÓN -SANTIAGO DE COMPOSTELA, Sección Tercera (25 de noviembre, 2019). Auto 14/2019. [MP Andrés Lago Louro]
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DE ESPAÑA, Pleno (27 de junio, 1990). Sentencia 120/1990. [MP don Francisco Tomás y Valiente, Presidente, don Francisco Rubio Llorente, don Antonio Truyol Serra, don Fernando García-Mon y González-Regueral, don Carlos de la Vega Benayas, don Eugenio Díaz Eimil, don Miguel Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, don Jesús Leguina Villa, don Luis López Guerra, don José Luis de los Mozos y de los Mozos, don Alvaro Rodríguez Bercijo y don Vicente Gimeno Sendra]
- Sala Primera (28 de mayo, 1992). Sentencia 81/1992. [MP don Francisco Tomás y Valiente, Presidente, don Fernando García-Mon y González-Regueral, don Jesús Leguina Villa, don Luis López Guerra y don Vicente Gimeno Sendra]
- Sala Segunda (11 de marzo, 1996). Sentencia 35/1996. [MP on José Gabaldón López, Presidente, don Fernando García-Mon y González-Regueral, don Rafael de Mendizábal Allende, don Julio Diego González Campos, don Carles Viver Pi-Sunyer y don Tomás S. Vives Antón]
- Pleno (1 de octubre, 1998). Sentencia 194/1998. [MP on Alvaro Rodríguez Bereijo, Presidente; don José Gabaldón López, don Fernando García-Mon y González-Regueral, don Vicente Gimeno Sendra, don Julio Diego González Campos, don Pedro Cruz Villalón, don Carles Viver Pi-Sunyer, don Manuel Jiménez de Parga y Cabrera, don Tomás S. Vives Antón y don Pablo García Manzano]
- Sala Primera (14 de enero, 2002). Sentencia 5/2002. [MP don Manuel Jiménez de Parga y Cabrera, Presidente, don Pablo García Manzano, don Fernando Garrido Falla, doña María Emilia Casas Baamonde, don Javier Delgado Barrio y don Roberto García-Calvo y Montiel]
- Pleno (5 de junio, 2003). Sentencia 109/2003. [MP don Manuel Jiménez de Parga y Cabrera, Presidente, don Tomás S. Vives Antón, don Pablo García Manzano, don Pablo Cachón Villar, don Vicente Conde Martín de Hijas, don Guillermo Jiménez Sánchez, doña María Emilia Casas Baamonde, don Javier Delgado Barrio, doña Elisa Pérez Vera, don Roberto García-Calvo y Montiel, don Eugeni Gay Montalvo y don Jorge Rodríguez-Zapata Pérez]
- Pleno (17 de julio, 2003). Sentencia 152/2003. [MP don Manuel Jiménez de Parga y Cabrera, Presidente, don Tomás S. Vives Antón, don Pablo García Manzano, don Pablo Cachón Villar, don Vicente Conde Martín de Hijas, don Guillermo Jiménez Sánchez, doña María Emilia Casas Baamonde, don Javier Delgado Barrio, doña Elisa Pérez Vera, don Roberto García-Calvo y Montiel, don Eugeni Gay Montalvo y don Jorge Rodríguez-Zapata Pérez]
- Pleno (25 de mayo, 2004). Sentencia 98/2004. [MP don Manuel Jiménez de Parga y Cabrera, Presidente, don Tomás S. Vives Antón, don Pablo García Manzano, don Pablo Cachón Villar, don Vicente Conde Martín de Hijas, don Guillermo Jiménez Sánchez, doña María Emilia Casas Baamonde, don Javier Delgado Barrio, don Roberto García-Calvo y Montiel, doña Elisa Pérez Vera, don Eugeni Gay Montalvo y don Jorge Rodríguez-Zapata Pérez]
- Sala Primera (12 de septiembre, 2005). Sentencia 220/2005. [MP doña María Emilia Casas Baamonde, Presidenta, don Javier Delgado Barrio, don Roberto García-Calvo y Montiel, don Jorge Rodríguez-Zapata Pérez, don Manuel Aragón Reyes y don Pablo Pérez Tremps]

- Pleno (8 de noviembre, 2006). Sentencia 312/2006. [MP doña María Emilia Casas Baamonde, Presidenta, don Guillermo Jiménez Sánchez, don Vicente Conde Martín de Hijas, don Javier Delgado Barrio, doña Elisa Pérez Vera, don Roberto García-Calvo y Montiel, don Eugeni Gay Montalvo, don Jorge Rodríguez-Zapata Pérez, don Ramón Rodríguez Arribas, don Pascual Sala Sánchez, don Manuel Aragón Reyes y don Pablo Pérez Tremps]
 - Sala Primera (12 de marzo, 2007). Sentencia 57/2007. [MP Doña María Emilia Casas Baamonde, Presidenta, don Javier Delgado Barrio, don Roberto García-Calvo y Montiel, don Jorge Rodríguez-Zapata Pérez, don Manuel Aragón Reyes y don Pablo Pérez Tremps]
 - Sala Primera (27 de marzo, 2007). Sentencia 62/2007. [MP doña María Emilia Casas Baamonde, Presidenta, don Javier Delgado Barrio, don Roberto García-Calvo y Montiel, don Jorge Rodríguez-Zapata Pérez y don Manuel Aragón Reyes]
 - Sala Primera (2 de julio, 2007). Sentencia 160/2007. [MP doña María Emilia Casas Baamonde, Presidenta, don Javier Delgado Barrio, don Roberto García-Calvo y Montiel, don Jorge Rodríguez-Zapata Pérez, don Manuel Aragón Reyes y don Pablo Pérez Tremps]
 - Sala Segunda (28 de marzo, 2011). Sentencia 37/2011. [MP don Eugeni Gay Montalvo, Presidente, doña Elisa Pérez Vera, don Ramón Rodríguez Arribas, don Francisco José Hernando Santiago, don Luis Ignacio Ortega Álvarez y don Francisco Pérez de los Cobos Orihuel]
 - Pleno (21 de julio, 2012). Sentencia 139/2016. [MP don Francisco Pérez de los Cobos Orihuel, Presidente, doña Adela Asua Batarrita, doña Encarnación Roca Trías, don Andrés Ollero Tassara, don Fernando Valdés Dal-Ré, don Juan José González Rivas, don Santiago Martínez-Vares García, don Juan Antonio Xiol Ríos, don Pedro José González-Trevijano Sánchez, don Ricardo Enríquez Sancho y don Antonio Narváez Rodríguez]
 - Pleno (12 de diciembre, 2012). Auto 239/2012, de 12 de diciembre de 2012. Conflicto positivo de competencia 4540-2012. Levanta parcialmente la suspensión en el conflicto positivo de competencia 4540-2012, interpuesto por el Gobierno de la Nación en relación con el Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. [MP don Pascual Sala Sánchez, don Ramón Rodríguez Arribas, don Manuel Aragón Reyes, don Pablo Pérez Tremps, don Francisco José Hernando Santiago, doña Adela Asua Batarrita, don Luis Ignacio Ortega Álvarez, don Francisco Pérez de los Cobos Orihuel, doña Encarnación Roca Trías, don Andrés Ollero Tassara, don Fernando Valdés Dal-Ré y don Juan José González Rivas]
 - Pleno (29 de mayo, 2014). Sentencia 83/2014. [MP don Francisco Pérez de los Cobos Orihuel, Presidente, doña Adela Asua Batarrita, don Luis Ignacio Ortega Álvarez, doña Encarnación Roca Trías, don Andrés Ollero Tassara, don Fernando Valdés Dal-Ré, don Juan José González Rivas, don Santiago Martínez-Vares García, don Juan Antonio Xiol Ríos, don Pedro González-Trevijano Sánchez, don Enrique López y López, y don Ricardo Enríquez Sancho]
 - Sala Primera (13 de abril, 2015). Sentencia 62/2015. [MP don Francisco Pérez de los Cobos Orihuel, Presidente, don Luis Ignacio Ortega Álvarez, doña Encarnación Roca Trías, don Andrés Ollero Tassara, don Santiago Martínez-Vares García y don Juan Antonio Xiol Ríos]
- TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (2 de febrero, 1997). D. v. Reino Unido, n.º 30240/96.
- (7 de septiembre, 1998). BB. v. Francia, n.º 30930/96.
 - (27 de junio, 2000). İlhan v. Turquía, n.º 22277/93.
 - (10 de mayo, 2001). Chipre v. Turquía, n.º 25781/94.

—(21 de marzo, 2002). Nitecki v. Polonia, n.º 65653/01.

—(9 de abril, 2007). Šilih v. Slovenia, n.º 71463/01.

—(17 de enero, 2008). Dodov v. Bulgaria, n.º 59548/00.

—(1 de junio, 2010). Gäfgen v. Alemania, n.º 22978/05.

—(10 de marzo, 2011). Kiyutin v. Rusia, n.º 2700/10.

—(9 de abril, 2013). Şenturk v. Turquía, n.º 13423/09.

—(25 de junio, 2013). Kaçiu y Kotorri v. Albania, n.º 33192/07 y 33194/07.

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE BILBAO, Sala de lo Social, Sección Primera (24 de mayo, 2016). Sentencia 1083/2016. [MP Juan Carlos Iturri Garate]

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CASTILLA Y LEÓN, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera. (22 de noviembre, 2016). Sentencia 01644/2016. [MP Ana María Victoria Martínez Olalla].

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE GALICIA, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Primera (20 de mayo, 2015). Sentencia 00309/2015. [MP M.ª Dolores Galindo Gil]

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Séptima. (16 de octubre, 2018). Sentencia 669/2018. [MP Ignacio del Riego Valledor].

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MURCIA, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Segunda. (19 de julio, 2019). Sentencia 00456/2019. [MP Abel Ángel Sáez Doménech].

TRIBUNAL SUPREMO, Sala de lo Penal, Sección Primaria (29 de abril, 2015). Auto 20119/2015. [MP Joaquín Giménez García]

TRIBUNAL SUPREMO DE VENEZUELA, Sala Político - Administrativa (15 de julio, 1999). Cruz del Valle Bermúdez y otros vs. MSAS. Sentencia 916. [MP Hildegard Rondón de Sansó]

