


*Pharmaceutical exclusion as an object of study of  
criminology*

Gómez Garmendia, Jon

 **Jon Gómez Garmendia**  
kontracrimenes@gmail.com  
Universidad de Barcelona, España

**Delito y Sociedad**  
Universidad Nacional del Litoral, Argentina  
ISSN: 2362-3306  
Periodicidad: Semestral  
núm. 55, e0086, 2023  
delitoysociedad@unl.edu.ar

Recepción: 30 Diciembre 2022  
Aprobación: 22 Marzo 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/284/2844214005/>

DOI: <https://doi.org/10.14409/dys.2023.55.e0086>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

**Resumen:** La pandemia de la covid-19, aparte de demostrar la propagación global del virus, nuestra propia vulnerabilidad y la interdependencia que tenemos entre todos y todas nosotras, ha evidenciado que la inequidad entre regiones sigue siendo patente. Mientras los últimos meses de 2020 los países con la renta de ingresos más alta adquirieron más del 50% de las dosis de las vacunas, a lo largo de 2021, 2022 y 2023 el acceso a ellas ha sido dispar. El presente escrito tiene la finalidad de justificar este problema del no acceso, la denominada «exclusión farmacéutica», como objeto de estudio de una criminología crítica global. Una propuesta de actualidad en la disciplina que amplía la mirada más allá del derecho penal y se preocupa por las violencias estructurales y daños sociales en un panorama transnacional y da importancia tanto a la memoria del pasado como a la del presente. En esta dirección, se describirán los elementos de esta corriente epistemológica junto a una aproximación a los poderes económicos, políticos, culturales y jurídicos que producen y reproducen esta exclusión.

**Palabras clave:** criminología, medicamentos, salud, exclusión social, neoliberalismo.

**Abstract:** *The covid-19 pandemic, apart from showing the global spread of the virus, our own vulnerability and the interdependence that we have between all of us, has shown that inequality between regions remains evident. While in the last months of 2020 the countries with the highest income acquired more than 50% of vaccine doses, throughout 2021, 2022 and 2023 access to them has been uneven. On this problem of no access to medicines, the «pharmaceutical exclusion», this paper aims to justify it as an object of study of a critical global criminology. A current proposal in the discipline that extends the perspective beyond criminal law and cares about structural violence and social harm in a transnational ambit and gives importance to the memory of the past and the present. In this direction, the elements of this epistemological current will be described together with an approximation to the economic, political, cultural and legal powers that produce and reproduce this exclusion.*

**Keywords:** *criminology, medicines, health, social exclusion, neoliberalism.*

## 1. Introducción

El presente estudio continúa la propuesta recordada y trabajada por Duarte Ardoy (2022) en uno de los últimos números de esta revista: la actualidad e importancia de la criminología como disciplina crítica y de resistencia frente al ejercicio del poder capitalista. Una dirección abierta ya con las primeras rupturas epistemológicas críticas en el estudio del crimen que, desde entonces, ha reunido distintas propuestas (Bergalli, 1983; Baratta, 1989), ampliando una mirada que va más allá de su estrecho vínculo con el derecho penal (Hillyard et al., 2004; Dorling et al., [2005]2008; Pemberton, 2015). Incluso se ha comenzado a tener una visión global a favor de la garantía de los derechos humanos y la satisfacción de nuestras necesidades vitales (Morrison, [2006]2012; Aniyar de Castro, 2010; Ferrajoli, [2012]2013; Bernal Sarmiento et al., 2014).

En especial, esta investigación se fundamenta en la propuesta de la criminología crítica global (Rivera Beiras, 2016). Una interpretación de hacer y entender la criminología que toma como principales ejes la recuperación del estudio de las violencias estructurales, la ampliación de los límites de estudio incorporando los daños sociales y la instauración de la memoria colectiva como límite epistemológico. Una posición extrema con la corriente criminológica hegemónica que, incluso, llega a plantear una ruptura total con las formas de investigación y sus propios objetos de estudio. Como muestra, bajo esta interpretación la exclusión farmacéutica (objeto de estudio de esta investigación) podría considerarse un «problema criminológico». Es decir, la acción de dejar fuera a cierta población del acceso a determinados medicamentos por medio de distintas actuaciones transnacionales que involucran a un incontable número de actores.

Según datos recientes, en materia de acceso a las vacunas contra la covid-19, en Sudamérica (77,1%) y Europa (66,2%) el porcentaje de la población vacunada con la pauta completa del protocolo inicial de vacunación es superior a la de regiones como África (30,5%). Mismas diferencias que se repiten al observar que en África tan solo un 36,8% de la población ha recibido al menos una dosis, mientras que en Sudamérica y Europa el porcentaje es del 85,9% y del 70,2%, respectivamente (Our World in Data, 2023). Desigualdad que tiene entre sus causas la falta de medios y personal para suministrarlos, la ferviente defensa por patentar las vacunas, el acaparamiento de vacunas de los países con mayores rentas de ingreso o la propia falta de solidaridad.

De esta manera, a continuación, presentaremos una forma de hacer criminología que en el ámbito de las corporaciones farmacéuticas hay que admitir que tiene sus precedentes (Braithwaite, 1984; Pearce y Tombs, 1998; Dukes, Braithwaite y Moloney, 2014) y ha recobrado especial relevancia en los últimos meses con la situación de la pandemia global. Una forma, como lo definen Friedrichs y Vegh Weis (2021), dirigida hacia una «criminología de la salud crítica» o un camino de hacer criminología crítica en el panorama sanitario.

Dicho lo cual, el objetivo de este escrito consiste en remarcar que la exclusión farmacéutica merece ser objeto de estudio de una criminología crítica global. Por ello, conociendo las limitaciones de esta investigación, en cuanto nos encontramos ante una violencia invisible y estructural donde resulta difícil conocer todos sus mecanismos, se realizará una aproximación a las relaciones

de los poderes económicos, políticos, culturales y jurídicos que producen y reproducen este problema.

En cuanto a la estructura de este escrito, en un primer apartado de describirá el marco teórico sobre el cual se fundamenta este estudio (la criminología crítica global) seguido de la descripción, los elementos y la magnitud de la exclusión farmacéutica. Un problema estructural, amplio y multidimensional en la que operan distintos ejercicios de poder y puede ser representado con distintas realidades como la del contexto español. Un impacto que metodológicamente será representado con las experiencias de la privatización sanitaria, el no acceso al Sovaldi por parte de las y los enfermos de hepatitis C o la ya citada situación de las vacunas de la covid-19. Un trabajo que, además, cabe señalar, fue realizado en profundidad en la tesis doctoral que lleva como título «La exclusión farmacéutica. Un análisis criminológico sobre el caso de la hepatitis C en Galicia» (Gómez Garmendia, 2022).

## 2. Proyecciones actuales de la criminología crítica global

Como punto de partida y base sobre la que se fundamenta teóricamente este estudio, resulta conveniente incidir en algunos elementos tratados por Duarte Ardoy (2022), y como ya hemos citado, forman parte de los ejes dados por Rivera Beiras (2016) en la propuesta por una criminología crítica global. Unas descripciones que permiten contextualizar los «no tan nuevos» objetos de estudio de esta manera de entender la criminología y su expansión hacia el horizonte transnacional, global, multidimensional y casi inabarcable que compone el poder privado.

Al respecto, la criminología crítica de la década de los 70 marcó una ruptura epistemológica a la hora de interpretar el conocimiento en torno al estudio del crimen (Taylor, Walton y Young, [1973]2001; Pavarini [1980]2002; Del Olmo, [1981]1999; Baratta, [1982]2004). Con fuerte vinculación a las movilizaciones sociales, se dio un vuelco desde el estudio del comportamiento criminal, su etiología y el delincuente hacia las prácticas de los agentes del sistema penal, los excesos en las actuaciones disciplinarias o el ejercicio de regular y castigar. Una deriva que dejó innumerables estudios que mostraron interés por las condiciones estructurales y los mecanismos sociales que funcionaban en torno al ámbito de la desviación.

La citada criminología crítica global parte de estos posicionamientos. Una criminología crítica del siglo XXI, escéptica, combativa y también rupturista que, sobre problemas globales, tiene como grandes pilares las citadas ideas de violencia estructural, daño social y memoria colectiva:

a) Violencia estructural: Johan Galtung, conocido teórico sobre los estudios de la paz, propuso una tipología de violencias en las que, al erradicarlas, se obtendría la denominada «paz negativa». Específicamente, la violencia estructural hace referencia a aquellas acciones sistémicas o invisibles (o normalizadas culturalmente) que operan en el ejercicio de poder.

Una tipología que se diferencia de la violencia directa (el «delito ordinario», el que se ve y en el que comúnmente se centra la criminología hegemónica) y 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]2003:20). Unas violencias interpretadas de manera general como aquellos actos que afectan a las necesidades humanas básicas (y la propia vida) y disminuyen su «nivel real de satisfacción [...] por debajo de lo que es potencialmente posible» (Galtung, [1996]2003:262).

b) Daño social: es la perspectiva interesada por el estudio de aquellos daños que, aunque no son considerados como conductas ilícitas, son perjudiciales para el «bienestar de las personas desde la cuna hasta la tumba» (Hillyard et al., 2004: 11; Hillyard y Tombs, 2013: 184). Daños que Pemberton llegó a definir como «determinados eventos que comprometen de forma demostrable la sostenibilidad de la vida [*human flourishing*]» (2015:19). Al respecto, la disciplina que defendía esta opción, la zemiología, fue considerada rupturista con el saber criminológico hegemónico, incluso, con la propia corriente crítica de la criminología (que puso y pone el foco, principalmente, en las y los agentes del sistema penal). Una ruptura que puede unirse con los intentos de ampliar los horizontes de estudio más allá de aquellos establecidos por el derecho penal.

Algunos de los objetos de análisis de esta corriente son los siguientes: la brutalidad del Estado, la contaminación del aire, los accidentes de trabajo, la tortura, los fraudes, los pactos en la fijación de precios, la apropiación indebida de fondos o el uso desproporcionado de prácticas policiales (Hillyard et al., 2004; Hillyard y Tombs, 2013: 184-185). Daños a los que podrían añadirse los movimientos forzosos de personas, la privatización de intervenciones armadas o la criminalización de pueblos originarios (Bernal Sarmiento et al., 2014:62).

c) Memoria colectiva: con fuerte vinculación a la interpretación que realizaba Walter Benjamin sobre el *Angelus Novus* de Paul Klee ([1940]2021), este eje consiste en centrar la atención de la labor criminológica «a los fragmentos, a lo malogrado, a lo que no fue, a lo que quedó en el camino» (Rivera Beiras, 2016:30). Es decir, 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]2021:71). Un estado de excepcionalidad que es permanente y todavía persiste en cuanto nuestras vidas se encuentran y se sitúan a la merced del capital.

Por ello, se decide hacer memoria del pasado como también una memoria del presente. Una última tarea centrada en que en el futuro no se olvide lo que ahora es considerada una «regla ordinaria» y antes fue una «excepcionalidad» (Rivera Beiras, 2016: 30-31). De esta manera, en la línea denunciada por Wayne Morrison ([2006]2012), la criminología crítica global defiende que el estudio criminológico tiene que dejar de mirar al «espacio civilizado» y traer a sus estudios lo «incivilizado», aquello que fue ignorado.

Un *apartheid* criminológico donde a la disciplina, en siglos pasados, apenas le interesaron las ocho millones de personas exterminadas en el Congo por la colonización belga en 1884; el millón y medio de armenias y armenios asesinados entre 1915-1922; las dos/tres millones en Bangladesh en 1971; las 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 (Ferrajoli, [2012]2013: 2; Zaffaroni y Dias Dos Santos, 2019: 42).

Por lo dicho, pivotando entre los ejes del daño social y la violencia estructural, dos clasificaciones que pueden interpretarse como una sola (las injusticias estructurales e indirectas que el derecho penal no puede abarcar), la criminología

crítica global es una propuesta no tan reciente, pero poco elaborada teóricamente que invita a: 1) salir de los formalismos académicos; 2) tomar partido sin miedo; 3) resistir frente a las corrientes hegemónicas; 4) responder a las demandas y reclamos de las personas y comunidades afectadas; y 5) producir conocimiento desde los márgenes con la finalidad de que estos daños no vuelvan a ocurrir nunca más (Guthmann y Rivera Beiras, 2023).

Unos principios sobre los que parte esta investigación y puede ir en la línea de otros trabajos que han tenido como objetos de estudio daños ajenos y olvidados por la disciplina como los daños ambientales (Natali, 2014), las muertes de las y los refugiados en el Mediterráneo (Cabezas Chamorro, 2014; Karamanidou y Kasperek, 2022) o la precariedad laboral y sus condiciones (Montemayor Delgado, 2021). Ejemplos, que al igual que la exclusión farmacéutica, comparten una ampliación de miras del campo criminológico tradicional y construyen nuevas vías que aún se encuentran por explorar y compartir.

### 3. El problema de la exclusión farmacéutica

Una vez establecidos los principios de la criminología crítica global, antes de conocer los engranajes y el impacto generado por la exclusión farmacéutica, resulta necesario poner en contexto el problema y definirlo. Una exclusión que puede ser comprendida como un daño social o una violencia estructural que posee una magnitud global y afecta a determinados sectores de la población como el de las niñas y niños, las mujeres o la población carcelaria.

#### 3.1. *Definición y estado del arte*

La exclusión farmacéutica puede definirse como un proceso global, estructural y multidimensional que implica barreras en el acceso a medicamentos (especialmente los llamados «medicamentos esenciales»). Medicamentos que también son conocidos como «salvavidas» porque satisfacen las necesidades vitales de las personas que las necesitan. Sin embargo, su acceso queda limitado por la acción u omisión de las entidades o instituciones responsables en la garantía del Derecho al Acceso a Medicamentos Esenciales (presentado a partir de ahora como DAME) (Gómez Garmendia, 2021).<sup>[1]</sup>

Antes de ponerle nombre a este problema de la «no garantía en el acceso a medicamentos», este problema social ya había sido objeto de estudio de la literatura científica con otras expresiones. Así, existen estudios que hacen referencia a la «falta de acceso a medicamentos esenciales» como los de Vawda y Baker (2013:75), Pollock (2014:853), Jurua (2017:111) o Puzin et al. (2019:56). Mientras que otras hablan de «barreras en el acceso» como es el 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 trataron la responsabilidad nacional en la provisión de medicamentos esenciales (2006:260).

Adicionalmente, otras investigaciones optan por el sustantivo de «restricción» como Hogerzeil (2004:1172) o se inclinan por señalar que son «problemas» o «dificultades» en el acceso a medicamentos esenciales (Klug,

2012:298; Awucha et al., 2020). Unas denominaciones a las que se añaden las «lagunas» o «brechas» en el acceso, tal y como lo hacía el trabajo de Enoch y Piot (2017:121), donde rastrearon el surgimiento histórico de los derechos humanos y los avances y retrocesos de estos respecto a las medidas tomadas en torno al VIH/SIDA. Mismo uso realizado por Kiragu et al. (2021) en el análisis de la situación de las personas con enfermedades no transmisibles por la coyuntura generada por la covid-19 en Kenia.

No obstante, todas estas expresiones se encuentran alejadas de la realidad y el impacto del problema en cuanto parecen ser políticamente (demasiado) correctas, inespecíficas y amplias. Es decir, parecen esconder los verdaderos motivos y los múltiples responsables que se encuentran detrás del no acceso. Por ello, con el fin de justificar esta afirmación, se optó por interpretar el problema bajo una de las siguientes alternativas: como pobreza o como exclusión social.

Como primera opción, la pobreza proviene etimológicamente de la unión del adjetivo «pobre» que viene del latinismo *pauper* (pobre, poco o que produce poco) y el sufijo «eza». Un último morfema que procede 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. Mientras que la exclusión social proviene de los latinismos *excludere* (sacar, dejar fuera o rechazar) y *tio* (acción o efecto). Así, a diferencia de «la cualidad» que implica la pobreza, la exclusión es la «la acción» de sacar, rechazar o dejar fuera.

En la medida que el presente problema (como veremos durante el escrito) no engloba tan solo la cualidad de poder acceder a determinados medicamentos por parte de las y los pacientes o los Estados, se decidió optar por la segunda alternativa y llamar al problema «exclusión farmacéutica». Dicho de otra manera, el «dejar fuera» incluye tanto a las personas y familias que no pueden adquirir medicamentos por su situación personal como al desinterés por responder efectivamente a ciertos padecimientos por parte del Estado y la Industria Farmacéutica o anteponer el lucro al bienestar y la satisfacción de nuestras necesidades vitales.

En síntesis, el término de exclusión farmacéutica resulta la opción más adecuada en cuanto que la idea de exclusión social posee tres grandes aspectos:

1. es de carácter estructural (lo que la aleja de concepciones de responsabilidad individual y culpabilización e implica preguntarse por decisiones y políticas institucionales);
2. es multidimensional (no incluye tan solo dimensiones económicas, también de participación social, de transformación política o de acceso al bienestar público); y
3. es procesual (este fenómeno y la integración social son estados a los que se llega a través de diversas fases) (Laparra, Zugasti y García Lautre, 2014:2-3).

### *3.2. Magnitud y principales sectores afectados*

Partiendo de esta definición, cabe recalcar que la exclusión farmacéutica no es un problema reciente. A inicios del siglo XXI, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un tercio de la población mundial no podía ser tratada con ciertas

medicinas. Un porcentaje inferior al de 1975 donde, por aquel entonces, menos de la mitad de la población tenía acceso. Aun así, este porcentaje seguía siendo extremadamente superior en países de África o Asia donde más de un 50% sí que lo padecía (OMS, 2004a:1).

A estos porcentajes se añaden los desniveles existentes en materia de gasto en productos farmacéuticos. Según la misma OMS, en 2004, en los países con los ingresos más alto el gasto medio era cien veces superior al de los países con los ingresos más bajos. Una diferencia de 400 dólares frente a 4. Además, un 15% de la población consumía el 90% de la producción farmacéutica (OMS, 2004b:2). Inequidad que en la actualidad quedó representada, por ejemplo, al inicio de las primeras vacunas contra la covid-19. A través de las compras anticipadas realizadas en septiembre de 2020, un 51% de las dosis ya estaban reservadas para los países con mayores ingresos, países que representan tan solo el 13% de la población mundial (Oxfam International, 2020).

En este sentido, puede afirmarse que actualmente existen grandes desigualdades en el acceso a las vacunas. A finales de mayo de 2023, según datos de *Our World in Data* (2023), en Sudamérica y Europa un 77,1% y un 66,2% de la población, respectivamente, disponía de la pauta completa del protocolo inicial de vacunación. Cifra significativamente inferior al 30,5% de África. Y es que, mientras países como Chile (con un porcentaje superior al 90,3%), España (85,6%), Uruguay (84,8%) o Argentina (76,7%) tenían altos porcentajes, en Yemen (2,3%), Senegal (8,3%), la República Democrática del Congo (13%) o Mali (15,6%) las dosis inoculadas eran inferiores.

Otro caso representativo de la inequidad en el acceso resulta ser el supuesto del cáncer, donde los países de renta media o baja concentran el 65% de las muertes globales y el 75% de las muertes prematuras por cáncer. Unos porcentajes que tienen entre sus causas: la falta de acceso a tratamientos, las barreras de diagnóstico, la escasez de especialistas o la debilidad de los sistemas de salud. En Nigeria, por ejemplo, apenas hay oncólogos y oncólogas y la quimioterapia más básica se encuentra restringida. 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, 2018:7/12).

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), el problema también repercute en los países con ingresos altos o los mal llamados «países desarrollados» (CIPIH, 2006:177). Una magnitud global que se da por el contexto de monopolio de las grandes corporaciones, la mercantilización de los fármacos o las limitaciones que tienen los Estados a la hora de actuar.

Unas cifras que, en general, repercuten en sectores poblacionales concretos como los descritos por la Observación General n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: la mujer (párrafo 21), las niñas, niños y adolescentes (22 y 23), las personas mayores (26), las personas con discapacidades (26) o los pueblos originarios (27) (CDESC, 2000). Una breve presentación sobre la situación de algunos de estos sectores sería la siguiente:

a) **Niñas y niños:** 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 estimaba que las 250.000 nuevas infecciones

en adolescentes en 2015 (dos tercios en niñas) podrían aumentar para 2030 a los 400.000 casos anuales si no se tomaban las medidas apropiadas (UNICEF, 2017).

Sobre estos datos, para combatir esta situación y hacer más accesibles los medicamentos, se terminan por fomentar versiones pediátricas. Y es que en este sector de la población las dosis tienen que estar medidas y estudiadas a los niveles de edad, condición física y peso corporal (FXB, 2017:18). Así, 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, 2007).

**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 también resulta ser un determinante en materia de salud. 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 los cuidados (Aguilá et al., 2017:14-15).

Según datos 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, 2015:25).

**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 la 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 bajo su custodia. En particular, las malas condiciones sanitarias, la falta de seguridad, el hacinamiento, el estigma, la falta de personal e instalaciones sanitarias o la escasa capacitación contribuyen a que el riesgo de infección por VIH, hepatitis C o tuberculosis sea muy alta en estos entornos (Torriente, Tadion y Hsu, 2016:158; FXB, 2017:20).

A modo de ejemplo, en cuanto a la tuberculosis, la prevalencia era 17 veces superior en las prisiones europeas respecto a la población general, cifra que empeoraba a 74 en países como Brasil (Dara et al., 2015: 112). Datos a los que se añaden, según una estimación realizada en 2016 que, de las más de 10 millones de personas encarceladas en todo el mundo, un 15,1% (1.546.500 personas) vivía con hepatitis C, el 3,8% (389.000) con VIH y el 2,8% (286.000) con tuberculosis (Dolan et al., 2016:1090).

Una desproporción a la que se añadía, en lo relativo al acceso a medicamentos que, sobre la misma fecha, 80 países implementaron en su comunidad la terapia de sustitución de opioides, mientras que el número de países que brindaban una terapia al menos una vez en las prisiones era inferior: 52. Cifra que se reduce 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, 2016:10).

**d) Personas mayores:** las personas con mayor edad (más de 60 años), sin discriminación de su lugar de residencia, son más vulnerables a los problemas



relacionados con las enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardíacas o la diabetes (OMS, 2015:61). En adicción, la prevención y su tratamiento 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, 2017:21).

Además, las desigualdades del no acceso difieren entre los países con más y menos ingresos. El 60% de las personas mayores que viven en los segundos países tienen limitaciones para ser atendidas en el sector sanitario debido al alto costo de la consulta, no disponer de transporte o no poder pagarlo. Causas que en los supuestos de los países con ingresos altos podrían vincularse con experiencias de maltrato por parte de las y los profesionales sanitarios o la creencia de no estar enfermas y enfermos como para acudir al sistema sanitario (OMS, 2015:96).

e) **Personas con enfermedades olvidadas:** en 2013 un estudio demostró que entre todos los productos farmacéuticos desarrollados en el mundo entre 2000 y 2011 solo un 4% (37 medicinas) correspondía a estas enfermedades olvidadas (Predique et al., 2013). Unos padecimientos entre las que se encuentran la oncocercosis, la esquistosomiasis, la sarna, el dengue, la tripanosomiasis africana humana, el mal de Chagas, la rabia, la lepra o el pian.

Estas enfermedades son agrupadas por compartir distintas características como la representación de la pobreza, que afectan a poblaciones con poca voz política, tienen un foco endémico estable, causan estigma o discriminación o tienen un impacto en la movilidad y mortalidad. Incluso, podría afirmarse que son enfermedades con mayor prevalencia en los países con indicadores de menor distribución de riqueza, pese a afectar a más de mil millones de personas que habitan en 149 países. Estados de los cuales 100 son endémicos en dos o más enfermedades olvidadas y 30 en seis o más (Sun y Amon, 2018:12).

#### 4. Rasgos definitorios del capital sobre la exclusión farmacéutica

Una vez presentada la exclusión farmacéutica y su magnitud, a continuación, se detallarán los posibles motivos que justifican esta violencia estructural y aquellos engranajes que la producen y reproducen. Un análisis que se realizará en torno a cuatro poderes o ejercicios de poder que, juntos, antepone el lucro al bienestar: el económico, el político, el cultural y el jurídico. Cuatro elementos amplios e inabarcables (por el carácter invisible y sistémico de esta injusticia) a los que se intentará realizar una aproximación en las próximas líneas.

##### 4.1. Poder económico

Mediante este tipo de poder se quiere hacer referencia al control que ciertos subgrupos o instituciones tienen sobre ciertos bienes. Un poder que determina quién puede acceder a ellos y quién no (Capella, [1997]2008:29). Al respecto, una manera de reflejar esta situación suele ser aquella que compara los ingresos de determinadas empresas con el Producto Interior Bruto (PIB) de distintos países.<sup>[2]</sup> Como muestra, en la lista *Global 500* de 2022 que incluía las 500 compañías más ricas del mundo, Walmart se situaba en primera posición con

unos ingresos de 572,75 millones de dólares (Fortune, 2022). Facturación que superaba el PIB de Austria (468,05) o Israel (527,18) y era cercana a la de Bélgica (589,49) o Argentina (630,70) (Fondo Monetario Internacional, 2022).

En este sentido, la Industria Farmacéutica se ve beneficiada en cuanto se encuentra entre los principales sectores que dominan el comercio mundial. Tal y como analizó la Asociación Acceso Justo al Medicamento, las diez empresas más importantes del sector obtuvieron en 2017 un 16% más de beneficios respecto al resto de las principales diez empresas de otros sectores como Walmart, Volkswagen, BP, Exxon Mobil o Apple (23,56% frente a un 7,72%) (AAJM, 2018). Un porcentaje donde, si hoy se realizara la misma comparación, las diferencias serían previsiblemente mayores.

Entre los motivos de este poder, destaca el desmoronamiento del keynesianismo o la puesta en duda del papel del Estado en las intervenciones de los problemas sociales y la concepción de los derechos sociales. Un declive que favoreció la lógica neoliberal y tuvo como gran motor propulsor la *Mont Pelerin Society* donde sus bases fueron establecidas en 1947 por los economistas austriacos Friedrich August von Hayek y Ludwig von Mises y el economista estadounidense Milton Friedman. Y es que, a partir de la década de los 70, obtuvo fuerza la vía del «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» como la opción más adecuada para promover el bienestar social (Harvey, [2005]2007:6).

De este modo, con la fuerte influencia de Margaret Thatcher y Ronald Reagan se promovió una economía mundial que limitaba la intervención estatal y favorecía la «reliberalización» de los mercados y una mayor concentración privada (Benach et al., 2012:56-57). Por citar el ejemplo chileno, organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI) o el Banco Mundial (BM) comenzaron a exigir ajustes estructurales a países endeudados a cambio de ayudas. Uno de los primeros países en experimentar estas políticas fue Chile, un territorio donde tras el golpe de Augusto Pinochet en 1973, los *Chicago Boys* (un grupo de economistas cercanos a las teorías de Friedman y la Universidad de Chicago) asumieron la economía del país para negociar con el FMI las citadas 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 (Harvey, [2005]2007:15). Una deriva que en el ámbito de la salud se reflejó con la privatización de la Seguridad Social. Así, si bien Chile fue el segundo país del mundo en aplicar el Modelo Beveridge<sup>[3]</sup> en 1952, con Pinochet este fue derogado en 1979 y generó una disminución en el gasto en atención de la salud y un aumento de las camas privadas del 10% al 25% entre 1981 y 1992 (Lister, 2010:38).

La República de Zimbabue también fue otra región que sufrió de las reformas y recortes impuestas por organismos internacionales como el BM. En 1987, el BM promovió y recomendó la promoción de esquemas de aseguramiento, el traslado del gasto de las prestaciones públicas a los bolsillos de las familias o la descentralización de los servicios sanitarios públicos. En 1988, en el país surafricano el gasto sanitario fue reducido a más de la mitad y el gasto de bolsillo fue quintuplicado durante cinco años. Medidas que terminaron por generar la

falta de medicamentos, el cierre de hospitales rurales o la exclusión a tratamientos a enfermas y enfermos con VIH (Lister, 2010:23).

En lo que concierne al acceso a medicamentos y al ámbito farmacéutico, las farmacéuticas también jugaron un papel fundamental en las políticas neoliberales. Tras la segunda posguerra, un grupo de empresarios (entre los que se encontraban los representantes de la corporación Pfizer) decidieron unirse para proponer que la protección intelectual tuviera un lugar relevante en el proceso de liberalización del comercio. Una dirección que llevó a estas entidades a iniciar un cabildeo señalando que era más que necesaria la liberalización de las denominadas «oportunidades de inversión». Una apuesta que abogaba por eliminar las estructuras y restricciones nacionales que limitaban las opciones de inversión (Drahos y Braithwaite, 2002:68).

Esta propuesta trajo consigo el conocido *Acuerdo sobre los ADPIC* de 1994. Un acuerdo internacional que, por primera vez y de manera global, suponía proteger la propiedad intelectual mediante patentes de los productos y procedimientos farmacéuticos como mínimo por 20 años. Consecuencias que trajeron consigo la mercantilización de los medicamentos, un cambio en su concepción social y el aumento de la situación monopolística de la gran Industria Farmacéutica.

En adición, podría remarcarse como última característica de este poder económico 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: 3). Un incremento que sucede cuando: 1) los intereses del capital financiero se imponen a los de cualquier otro agente económico; y 2) el Estado, las empresas no financieras y las familias son sometidas a su lógica (Estévez Araujo, 2021:31).

Por hacer referencia al caso de las empresas no financieras, últimamente estas se han enfocado más en la propia rentabilidad que en los beneficios que pueden conseguir con la producción de sus mercancías. Como ejemplo, la propia farmacéutica Pfizer recompra sus acciones para aumentar el valor de los que restan. Esta corporación gastó 139.000 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: 20). Por lo que, lejos de responder a los *stakeholders* (las partes interesadas e implicadas y las personas afectadas por las acciones de la empresa), la denominada «gobernanza corporativa» parece reflejar que las principales preocupaciones responden a los intereses de las y los accionistas y la maximización de beneficios (Estévez Araujo, 2021:48).

#### 4.2. Poder político

El siguiente poder o ejercicio de poder tiene vinculación con la aparente sumisión de los Estados a los Mercados y a la gobernanza transnacional. Una situación dada principalmente a causa del neoliberalismo y la globalización (Tombs, 2012:180). Dicho más explícitamente, una situación donde «el estado dispone/paga (aun endeudándose para hacerlo) y el mercado gobierna/explota —aun convirtiéndose en acreedor del estado—» (Jiménez, 2016:56).

En materia farmacéutica, cabe destacar que antes del *Acuerdo sobre los ADPIC* las vías para hacer frente a la violación de patentes eran de carácter nacional. Entonces, en el *Convenio de París para la Protección de la Propiedad Industrial*

de 1883, once países llegaron a un acuerdo frente al temor y la vulnerabilidad en la que podrían encontrarse frente a las falsificaciones de las invenciones (Ortega Gómez, 2011:39). Convenio que abarcó como objetos de regulación modelos industriales, industrias agrícolas y extractivas y productos fabricados o naturales (como el vino, los granos o las hojas de tabaco). En cambio, los procedimientos y productos farmacéuticos no estaban incluidos.

Fue a partir de finales del siglo XX e inicios del XXI cuando la propiedad intelectual de estos últimos fue protegida de manera global. Situación que, en la línea neoliberal, se justificó porque se consideraba que reduciría las distorsiones del comercio internacional siendo necesario fomentar una protección eficaz y adecuada y, así, «contribuir a la promoción de la innovación tecnológica y a las transferencias y difusión de la tecnología» (art. 7 del *Acuerdo sobre los ADPIC*).

Este Acuerdo, que todo Estado debió de ratificar si quería formar parte de la Organización Mundial del Comercio (OMC), en cambio, no se ejecuta a sí mismo. Son los propios Estados quienes deben respetarlo o aplicarlo. Según los artículos 27 y 31, los Estados disponen de dos opciones: 1) 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 2) aplicar flexibilidades<sup>[4]</sup> en casos de emergencia nacional, circunstancias de extrema urgencia o casos de uso público no comercial (art. 31.b).

No obstante, estos mecanismos no terminan por aplicarse debido a las amenazas arancelarias de países como Estados Unidos o los mecanismos de exclusividad como la de datos, de mercado y de comercialización (los conocidos como *ADPIC plus*). Barreras que indiscutiblemente responden a los intereses de las grandes corporaciones y dificultan la toma de decisiones de los países (sobre todo, los que son Estados Miembro de estructuras internacionales como la OMC o tienen mayor protagonismo en el mercado transnacional).

Al respecto, es conocido el caso de Sudáfrica en el contexto de la pandemia del VIH/SIDA y sus intentos por aplicar las señaladas flexibilidades. El gobierno de Nelson Mandela aprobó en 1997 la *Medicines and Related Substances Control Act*. 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 (Giaccaglia, 2010:294-295). 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, 2002:6-7).

Frente a esta decisión, la *Pharmaceutical Manufacturers Association*, junto a 39 farmacéuticas, decidieron demandar al gobierno del país. Una oposición a la que se sumaron las amenazas de Estados Unidos incluyendo el país en una lista de vigilancia comercial. En cambio, en 2001, gracias a la presión social (sobre todo 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.

En consecuencia, podría decirse que a causa de este segundo poder la soberanía y la democracia se ven afectadas en cuanto a que la toma de decisiones políticas se aleja de la ciudadanía y responden a ámbitos supraestatales, multinacionales o lobbies (Pegorado, 2021). Tal y como lo resume acertadamente Silveira Gorski:

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. (Gorski, 2014:108).

De este modo, 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, 2018:30-31). Por esta razón, derechos como el DAME terminan por no garantizarse en cuanto los derechos humanos son 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 citada reducción del papel del gobierno (Ferrajoli, [2013]2014):136).

#### 4.3. *Poder cultural*

Este tercer elemento puede comprenderse como el poder simbólico de inducir a la sociedad determinado camino. Un poder que podría definirse como aquel que organiza la vida social entorno a ciertas expectativas y presuposiciones e induce a las personas hacia la dirección correcta (Capella, [1997]2008:28). Un marco en el que se podría situar la razón cognoscitiva definida por Horkheimer y Adorno en *La dialéctica de la Ilustración* ([1944]2016).

En dicha obra, dos de los teóricos de la Escuela de Frankfurt se preguntaron: entre el camino iniciado por la Ilustración y el presente (el de la Segunda Guerra Mundial y, especialmente, Auschwitz) ¿cómo se llegó a esta situación? Es decir, bajo el camino iluminista de la razón que buscaba la felicidad y el progreso, ¿por qué se llegó a la materialización de estos actos? Su tesis fue que el camino de la razón dejó de un lado sus metas emancipatorias cuando ésta se convirtió en razón instrumental. Es decir, lo acontecido en Auschwitz fue un hecho racional porque respondía a una razón que servía de instrumento para poder dominar a la naturaleza y a las personas.

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 hacia la dirección del lucro y el beneficio. Una situación que la filósofa alemana y estadounidense, Hannah Arendt ([1963]2018), analizó con el término de «banalización del mal» al señalar el caso de Otto Adolf Eichmann (teniente coronel de las S.S.) y su actuación en el Holocausto como un operario que burocratizó determinado orden.

Esta es una línea argumentativa que, a su vez, coincide con la idea de progreso de Pietro Barcellona (2000) o Alessandro Baratta ([1998]2000). Por ejemplo, el contrato social, representante de la libertad y la igualdad que legitimaba el Estado moderno de derecho, no fue universal. El contrato tan solo respondía

a una minoría: el blanco, varón, adulto y propietario. Una posición donde los cimientos del Estado y del derecho sirvieron para marginar y dominar a las y los desheredados, extranjeras, extranjeros, niñas, niños y mujeres. De este modo, los cimientos occidentales se construyeron sobre el racismo y el patriarcado. Una idea que, según Baratta, respondían a que el problema innato del proyecto modernizador residía en la relación entre violencia y derecho: «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» ([1998]2000:197).

Como consecuencia, estos ejes generan que muchas degradaciones sociales se naturalicen como el supuesto de vivir en condiciones negativas para la satisfacción de nuestras necesidades. Una situación que en la línea de las directrices neoliberales termina por fomentar la «paradoja de la libertad»: «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» (Todorov, [2012]2016:99).

En materia farmacéutica las corporaciones centran su esfuerzo en controlar el discurso mediante la orientación de médicos, profesionales sanitarios, sociedades científicas o revistas. En concreto, el biólogo y médico danés, Peter C. Gøtzsche ([2014]2017:116), analizó los conflictos de interés surgidos en las revistas y denunció que en *The New England Journal of Medicine* se publicaban estudios con resultados engañosos como el caso del antifúngico de Pfizer, el voriconazol (destinado a tratar infecciones causadas por hongos). En uno de los artículos, este medicamento tuvo resultados inferiores al fármaco con el que se comparó. Más pacientes fallecieron con el voriconazol que por los otros. No obstante, en el resumen del artículo se afirmaba que este medicamento resultaba ser una «alternativa adecuada».

#### 4.4. Poder jurídico

Finalmente, el último componente que estructura los posibles propulsores de la exclusión farmacéutica es el «derecho corporativo global» que responde a la conocida «ley de mercado»: 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 regular sus relaciones con los estados abiertos y para determinar las políticas de estos» (Capella, [1997]2008:326). Es decir, nos encontramos ante un poder que termina por legitimar y permitir las acciones (y omisiones) realizadas por el poder económico.

Una ley de mercado 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, 2018:68). De esta manera, distintos acuerdos internacionales y derechos como el de la protección de la propiedad intelectual terminan por anteponerse a derechos humanos como el DAME o el derecho a la salud.

Unos límites que el poder económico establece sobre el político y quedan justificados, por ejemplo, cuando daños como la exclusión farmacéutica no son

considerados como daños/violencias o tienen un recorrido judicial limitado. En esta línea, existen distintos estudios que analizan las implicaciones y consecuencias de recurrir a los tribunales: la denominada «judicialización del acceso a medicamentos». Vargas-Peláez et al. (2014), tras analizar varios casos judiciales, llegaron a la conclusión que en un 78,5% había un enfoque normativo negativo. Es decir, en la interferencia del Poder Judicial sobre el Ejecutivo, la judicialización no reconocía las políticas establecidas por el Ejecutivo y podía profundizar la desigualdad existente para el acceso a la atención médica.

Asimismo, Acosta et al. (2019), reconociendo que la judicialización en el ámbito de la salud es un fenómeno complejo, realizaron una revisión sobre determinados casos judiciales de Argentina, Colombia, Chile, Brasil y Uruguay. Una investigación que tuvo como resultado cinco principales 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. Unas tentativas de afirmación por las que los autores y autoras del estudio no tomaron posición a causa de la ya mencionada complejidad del fenómeno (Acosta et al., 2019:56).

## 5. Breve análisis del problema en el contexto español

Estos ejercicios y relaciones de poder muestran como tendencia que el poder económico acciona, el poder político acepta, el poder cultural induce/normaliza y el poder jurídico legitima que las injusticias estructurales ocurran. En concreto, en la citada tesis doctoral se abordaron algunas de las realidades y el impacto de este problema dentro del contexto del Estado español (Gómez Garmendia, 2022). En el presente apartado abordaremos algunas de ellas.

Como antecedentes históricos, la primera *Ley de Sanidad* española fue promulgada en 1855. Hecho que contaba con el contexto reciente de una epidemia de colera y puso especial interés en la sanidad marítima estableciendo la regulación de registros de buques o espacios de cuarentena. Evolución que años después se transformó en la II República hacia modelos de seguridad social con seguros de enfermedad, invalidez, vejez, maternidad y fallecimiento. Seguros que, con la dictadura franquista de por medio, cambiaron al Modelo Beveridge con la *Ley General de Sanidad* de 1986. Un modelo que se trasladó del modelo fundamentado en las cotizaciones de las y los trabajadores hacia un sistema cimentado en los Presupuestos Generales del Estado.

Por el contrario, en la dinámica neoliberal y en la línea de lo dictado por el FMI o el BM, la financiación sanitaria se trasladó a los bolsillos de las familias mediante copagos, los hospitales fueron privatizados, la atención primaria fue devaluada o el gasto farmacéutico se contuvo. Por ejemplo, el conocido *Informe Abril* de 1991 contempló dentro del Sistema Nacional de Salud medidas privatizadoras 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. Unas medidas que, pese a no salir adelante en aquel momento debido a la presión

social, años después, a través de distintas aplicaciones, sí que se terminaron por materializar.

A modo ilustrativo, en 2007 se dio inicio al modelo de iniciativas de financiación privada en la Comunidad de Madrid. Un modelo en el cual una empresa o un grupo de empresas privadas se encargaba de la construcción, financiación y mantenimiento de un centro. Sin embargo, eran las administraciones públicas las que operaban en ellas pagando a las primeras un canon durante 20 o 30 años. Caso al que podría añadirse la puesta a disposición al sector privado de plantas de hospitales públicos o quirófanos. Por poner un ejemplo, en el Hospital de La Seu d'Urgell (Lleida, Cataluña) 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 contrataba un seguro privado (Visa y Balsells, 2012). Este fue el caso de Teresa, de 66 años, que fue operada del menisco en un quirófano alquilado a través de la Mutua Comarcal.

Continuando con esta deriva, tras el estallido financiero de 2008, el Estado español optó por la vía neoliberal de la austeridad que interpretaba que la crisis fue el resultado de distorsiones del mercado localizadas, sectoriales y temporales que podrían hacerse frente mediante rescates. La lógica e imposición del crédito-deuda trajo consigo la apuesta por la reducción del gasto público (Pegorado, 2021). En los años posteriores se recortó en gasto público alcanzando en 2013 la cifra más baja (un 12% inferior a la de 2009). Y pese a que el PIB subió un 8,6% de 2009 a 2018, la inversión sanitaria se redujo. El gasto sanitario público disminuyó un 11,21%, la inversión sanitaria pública per cápita un 10,54% y el gasto en atención primaria un 13,1% (Amnistía Internacional, 2020:10).

Al respecto, una de las medidas más controvertidas que tiene vinculación con el no acceso a medicamentos fue *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 retiró la universalidad sanitaria, aumentó el costo familiar y fomentó la privatización de los sistemas de salud. Sus cinco medidas más polémicas fueron las siguientes:

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 más de 400 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 plazas vacantes (Sánchez Bayle, 2013:26).

Medidas que en el contexto de la exclusión farmacéutica tuvieron su impacto. El caso de D, intervenida de una mastectomía y en quimioterapia por un cáncer de mama en 2017, resulta representativo. En aquel entonces D 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 16/2012* los dejó de financiar. 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, 2018:25-26).

Un caso al que podría añadirse, hilando también con las consecuencias del poder judicial, los sucesos ocurridos en torno a la hepatitis C entre 2013 y 2015. Época de recortes y cumplimiento del déficit donde se impidió el acceso (sobre todo a las y los enfermos más graves) a un nuevo medicamento, el Sovaldi. Un fármaco que, con menos efectos secundarios que los tratamientos anteriores, tenía una efectividad superior al 90% de negativizar el virus.

Antes de la aparición de este tratamiento existieron la biterapia (compuesta por el Interferón y la Ribavirina) y la triterapia que, a partir de 2011, añadió algunos antivirales de acción directa. Unos tratamientos que en palabras de las y los enfermos fueron «brutales» y «traumáticos». Por ello, muchas y muchos no negativizaron el virus o decidieron esperar a nuevos fármacos con menos efectos invasivos. Por lo dicho, el Sovaldi supuso un hito en materia farmacéutica por tres motivos (Velásquez, 2018:67):

1. Era un medicamento que curaba. Con una tasa superior a tratamientos anteriores que rondaban el 50-70% de efectividad, la Industria Farmacéutica decidió comercializar un medicamento con una tasa superior al 90-95%. Hecho que a medio o largo plazo traería la erradicación del propio virus del VHC.
2. Las corporaciones farmacéuticas, en la condición de monopolio sobre los procedimientos y productos de los que poseían su propiedad intelectual, se desvincularon de los argumentos realizados hasta entonces en torno a la fijación de su precio. Antes del Sovaldi, el precio de un producto se fijaba conforme al coste que supuso toda la I +D. Con el Sovaldi la justificación cambió hacia el valor terapéutico. La realidad de curar el virus justificaba su elevado precio junto a la comparación realizada con el coste de un trasplante de hígado que era superior.
3. Por consiguiente, el precio del Sovaldi fue elevado. En Estados Unidos un tratamiento de 12 semanas comenzó a ser comercializado por 84.000 dólares. Es decir, cada dosis diaria tenía un coste de 1.000 dólares. Un sobrecoste que la farmacéutica Gilead (propietaria del fármaco) estableció, cubriendo el primer mes el coste en I+D de 942 millones y obteniendo el primer año 10.000 millones de dólares de beneficio. Y es que, dos senadores descubrieron y denunciaron que el coste real de una pastilla era de un dólar. De esta manera, y con este sobrecoste, Gilead multiplicó por 1.000 sus beneficios (Wyden y Grassley, 2015).

En este escenario, en la dinámica crédito-deuda, recortes y prácticas austericidas, los sentimientos de esperanza desaparecieron para las y los enfermos transformándose en una sensación de impotencia e incertidumbre. El Estado español y algunas Comunidades Autónomas limitaron la adquisición de dichos tratamientos con la supuesta finalidad de ahorrar en gasto farmacéutico y «cumplir con el déficit». A su vez, limitados por el poder económico, ni siquiera

se intentaron aplicar mecanismos de flexibilidad en el citado tratamiento debido a su especial protección o a amenazas arancelarias.

Por fortuna (o lamentablemente), como lo muestra la historia de los derechos humanos, detrás de su garantía casi siempre se encuentra la movilización social. Lo que en 2014 se volvió en una exclusión para las y los enfermos, a partir de abril de 2015 fue solucionándose con el acceso a las medicinas y la negativización del virus. A su vez, su lucha comprobó que el poder judicial termina legitimando estas injusticias y/o violencias y resulta difícil probar una causa-efecto entre las acciones u omisiones estatales/transnacionales y los daños producidos.

En Madrid, como muestra, la plataforma de enfermas y enfermos autonómica se querelló contra altos cargos del Ministerio de Sanidad o la farmacéutica Gilead. Querella en la que se notificaron dos delitos de homicidio, treinta y siete lesiones, como distintos delitos de prevaricación administrativa y alteración de precios. No obstante, el 29 de abril de 2015, la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo archivó dicha querrela alegando que los hechos «no presenta[ba]n las características propias de los delitos imputados». Una conclusión a la que se añadió un último párrafo (también utilizado en el archivo de una fase de instrucción iniciada en Galicia):

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).

Es decir, pese a sus consecuencias y sus impactos en la población enferma, el Tribunal Supremo dictó que la exclusión farmacéutica no tenía cabida en el derecho penal por su carácter de *última ratio*. Argumento con el que se puede estar de acuerdo, pero también terminaba por justificar que existen daños y violencias que el derecho penal no es capaz de abarcar. Por lo dicho, sin el ánimo de defender la criminalización de la exclusión penal, la solución podría dirigirse a favor de una reconstrucción de la democracia desde la sociedad civil y los espacios de participación (Silveira Gorski, 2017a:5). Una solución trabajada por Luigi Ferrajoli ([2013]2014:171-172) en torno a una «esfera pública transnacional» o un «nuevo constitucionalismo internacional» que posibilite el control del poder económico por parte de las instituciones a favor de los intereses de la comunidad

Una vía que, tal y como pueden comprobar, sitúa a la disciplina criminológica lejos del campo penal y adquiere responsabilidad mediante la denuncia y el análisis de los daños sociales y las violencias estructurales (estableciendo como límite epistemológico la memoria). Un camino que ayuda a ofrecer o construir una respuesta a dos grandes lagunas: 1) que las corporaciones no pueden ser controladas por parte de la esfera política; y 2) que en la actualidad los Estados

de derecho constitucionales no pueden garantizar los derechos sociales (Silveira Gorski, 2017b:3).

## 6. Conclusión

En definitiva, podemos considerar que tras la información y la argumentación presentada resulta posible afirmar que la exclusión farmacéutica puede llegar a ser objeto de estudio de la disciplina criminológica. Objeto, en concreto, de una criminología crítica global que se preocupa por daños y violencias ajenas al derecho penal, se quieren silenciar y poseen mecanismos desconocidos y/o ocultos. Aspectos que, tal y como hemos relatado, van unidas a: el gran poder financiero de las corporaciones; la limitación de actuar de muchos Estados (incluida la pérdida de soberanía); el simbolismo y el control del discurso; o la legitimación e importancia jurídica con la que cuentan los acuerdos internacionales (mediante articulados como el *Acuerdo sobre los ADPIC*) sobre los derechos humanos (como el derecho a la salud y el DAME).

De esta manera, hemos podido realizar un ejercicio de denuncia presentando realidades y muestras empíricas que representan la magnitud y el impacto del problema: la lucha de países como Sudáfrica frente al sistema de patentes para garantizar el acceso a los tratamientos del VIH/SIDA; el desinterés por parte de las farmacéuticas respecto a las enfermedades olvidadas por no considerarlas rentables; la mercantilización de los medicamentos a causa de la liberalización del mercado; la apuesta por la financiarización de corporaciones como Pfizer; los recortes y el deterioro del sistema de salud en lugares como Chile o el Estado español; o el suceso de la hepatitis C con el Sovaldi.

Una muestra que, desgraciadamente, con la pandemia de la covid-19 ha vuelto a quedar en evidencia, por ejemplo: al quedar a descubierto el deterioro de los sistemas públicos de salud; la férrea defensa que se realiza por patentar las vacunas (pese a haber recibido financiación pública y responder a un problema global); impedir el acceso a las dosis en regiones como África; o, al igual que ocurrió con el Sovaldi, venderlas a un precio superior a su coste real. Una dinámica en la que Latinoamérica también se vio envuelta, por citar un caso, a la hora de discriminar vacunas como la rusa Sputnik V o la china CanSino por motivos geopolíticos. La OMS ni ha reconocido la primera y ha tardado en aprobar la segunda de estas vacunas que especialmente fueron suministradas en Brasil, Perú, Venezuela, Guatemala o México.

En síntesis, estas consecuencias hacen necesaria una extensión más allá de los tradicionales objetos de estudio que realizamos desde la criminología crítica. Una óptica más amplia y global que, además de preocuparse por el sistema policial, penitenciario y judicial, se atreva a profundizar y comprender otros daños. Una dirección que también implica plantar cara y revelarse ante todas las dimensiones del ejercicio del poder privado, dejando en evidencia que, aunque el estudio relativo al crimen es inabarcable, nuestra tarea sigue siendo importante en la lucha y la resistencia a favor de un mundo más justo, interdependiente e igualitario. En resumidas cuentas, por utilizar términos trabajados por la economía feminista: hacer todo lo posible para poner la vida en el centro.

## Bibliografía

- AAJM (2018). *Las ganancias de las empresas farmacéuticas triplican las de las 10 empresas más grandes de otros sectores*. Madrid, España: Asociación Acceso Justo al Medicamento.
- Acosta, A. ET AL. (2019). Judicialización del acceso a medicamentos en el contexto suramericano. *Revista de Direito Sanitário*, 20(1), 32-62.
- Aguilá, E. ET AL. (2017). El condicionante de género en la salud. En VV.AA., *Género y salud: una visión global desde experiencias locales*, (7-16). Huesca, España: Farmamundi.
- Amnistía Internacional (2018). *La receta equivocada. El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España*. Madrid, España: Amnistía Internacional.
- Amnistía Internacional (2020). *La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018*. Madrid, España: Amnistía Internacional.
- Aniyar de Castro, L. (2010). *Criminología de los Derechos Humanos. Criminología axiológica como política criminal*. Buenos Aires, Argentina: Editores del Puerto.
- Arendt, H. ([1963]2018). *Eichmann en Jerusalén*. Barcelona, España: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Awucha, N.E. ET AL. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Consumers' Access to Essential Medicines in Nigeria. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(4), 1630-1634.
- Baratta, A. ([1982]2004). *Criminología crítica y crítica del Derecho Penal. Introducción a la sociología jurídico-penal*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Baratta, A. (1989). Derechos humanos: entre violencia estructural y violencia penal. Por la pacificación de los conflictos violentos. *Nuevo Foro Penal*, (46), 443-457.
- 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*, (185-210). Madrid, España: Trotta.
- Barcellona, P. (2000). El vaciamiento del sujeto y el regreso del racismo. En Silveira Gorski, H.C. (ed.), *Identidades comunitarias y democracia*, (113-126). Madrid, España: Trotta.
- Benach, J. ET AL. (2012). *La sanidad está en venta: y también nuestra salud*. Barcelona, España: Icaria.
- Benjamin, W. ([1940]2021). Sobre el concepto de historia. En *Tesis sobre el concepto de historia y otros ensayos sobre historia y política*, (65-81). Madrid, España: Alianza.
- Bergalli, R. (1983). Criminología del "White-Collar crime": forma-estado y proceso de concentración económica. *Estudios Penales y Criminológicos*, VII(7), 28-69.
- Bernal, I. e Iráizoz, E. (2018). *Medicamentos para el cáncer: altos precios y desigualdad*. Madrid, España: No es Sano.
- Bernal Sarmiento, C.E. ET AL. (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*, (35-96). Barcelona, España: Anthropos.
- Braithwaite, J. (1984). *Corporate Crime in the pharmaceutical industry*. Londres, Reino Unido: Routledge & Kegan Paul Books.

- 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*, (157-166). Barcelona, España: Anthropos/OSPDH.
- Capella, J.R. ([1997]2008). *Fruta prohibida: una aproximación histórico-teórica al estudio del derecho y del estado*. Madrid, España: Trotta.
- 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, Suiza: Naciones Unidas. E/C.12/2000/4.
- CIPIH (2006). *Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual: informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Dara, M. ET AL. (2015). Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *International Journal of Infectious Diseases*, 32, 111-117.
- Del Olmo, R. ([1981]1999). *América Latina y su Criminología*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Dolan, K. ET AL. (2016). Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *The Lancet*, 388, 1089-1102.
- Dorling, D. ET AL. ([2005]2008). *Criminal obsessions: Why harm matters more than crime*. Londres, Reino Unido: Centre for Crime and Justice Studies.
- Drahos, P. y Braithwaite, J. (2002). *Information Feudalism: Who Owns the Knowledge Economy?* Londres, Reino Unido: Earthscan Publications.
- Duarte Ardoy, G.J. (2022). Poder privado y racionalidad política: perspectivas teóricas para una criminología de resistencia. *Delito y sociedad*, (53), 1-19.
- Dukes, G., Braithwaite, J. y Moloney, J.P. (2014). *Pharmaceuticals, Corporate Crime and Public Health*. Cheltenham/Northampton, Reino Unido: Edward Elgar.
- 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.
- Epstein, G.A. (2005). 1. Introduction: Financialization and the World Economy, En Epstein, G.A. (ed.), *Financialization and the world economy*, (3-16). Cheltenham, Reino Unido: Edward Elgar Publishing
- Estévez Araujo, J.A. (2021). 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*, (23-67). Madrid, España: Trotta.
- EWEC (2015). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030): sobrevivir, prosperar, transformar*. Nueva York, Estados Unidos: Every Woman Every Child.
- Fernández Ortiz de Zárate, G. (2018). *Mercado o democracia. Los tratados comerciales en el capitalismo del siglo XXI*. Barcelona, España: Icaria.
- 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.
- Ferrajoli, L. ([2013]2014). *La democracia a través de los derechos*. Madrid, España: Trotta.

- Fondo Monetario Internacional (2022). "GDP, Current prices". Recuperado de: <https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPD@WEO/OEMDC/ADVEC/WEO/WORLD/WBg>
- Fortune (2022). "Global 500". Recuperado de: <https://fortune.com/global500/2022/search/>
- Friedrichs, 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.
- FXB (2017). *Health and Human Rights Resource Guide. Chapter 10: Access to Medicines and Human Rights*. Boston, Estados Unidos: Harvard FXB Center for Health and Human Rights.
- Galtung, J. ([1996]2003). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao, España: Bakeaz.
- 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, España: Fundación Alternativas.
- 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.
- Gómez Garmendia, J (2021). Exclusión farmacéutica: aproximación a un debate conceptual en torno al problema del no acceso a medicamentos esenciales. *Revista Acceso Justo al Medicamento*, (7), 12-16.
- Gómez Garmendia, J. (2022). *La exclusión farmacéutica. Un análisis criminológico sobre el caso de la hepatitis C en Galicia*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/182687>
- Gøtzsche, P.C. ([2014]2017). *Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Barcelona, España: Los libros del Lince.
- Guthmann, Y. y Rivera Beiras, I. (2023). *La creación de la escuela de criminología crítica de Barcelona. La institucionalización académica de una nueva mirada sobre el control social y punitivo (1980-2022)*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Harvey, D. ([2005]2007). *Breve historia del Neoliberalismo*. Madrid, España: Akal.
- Hillyard, P. ET AL. (2004). *Beyond Criminology: Taking Harm Seriously*. Londres, Reino Unido: Pluto Press.
- Hillyard, P. y Tombs, S. (2013). ¿Más allá de la criminología? *Revista Crítica Penal y Poder*, (4), 175-196.
- Hogerzeil, H.V. (2004). The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ, British Medical Journal*, 329(7475), 1169-1172.
- Horkheimer, M. y Adorno, T.W. ([1944]2016). *Dialéctica de la Ilustración: fragmentos filosóficos*. Madrid, España: Trotta.
- Jiménez, D. (2016). Razones de Mercado-Estado y Economía Política del Crimen. *Sortuz. Oñati Journal of Emergent Socio-legal Studies*, 8(1), 51-70.
- 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.
- Karamanidou, L. y Kasperek, B. (2022). From exception to extra-legal normality: pushbacks and racist state violence against people crossing the Greek-Turkish land borders. *State Crime Journal*, 11(1), 12-32.

- Kiragu, Z.W. ET AL. (2021). Access to Medicines for Non-Communicable Diseases (NCDS) during COVID-19 in Kenya: A Descriptive Commentary. *Health Systems & Reform*, 7(1), e1984865.
- 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.
- Laparra, M., Zugasti, N. y García Lautre, I. (2014). *Reflexiones metodológicas en el análisis de la exclusión social. Documento de Trabajo 3.11*. Madrid, España: Fundación Foessa.
- 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*, (21-44). Madrid, España: Traficantes de Sueños.
- Montemayor Delgado, I. (2021). *Criminología de la precariedad: daño social contra los trabajadores en el Estado español*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Morrison, W. ([2006]2012). *Criminología, civilización y nuevo orden mundial*. Barcelona, España: Anthropos.
- Natali, L. (2014). Green criminology, victimización medioambiental y social harm. El caso de Huelva (España). *Revista Crítica Penal y Poder*, (7), 5-34.
- OMS (2004a). *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2004b). *Estrategia Farmacéutica de la OMS 2004-2007: lo esencial son los países*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. WHO/EDM/2004.2.
- OMS (2007). *Lista modelo OMS de medicamentos pediátricos esenciales: 1a lista, octubre de 2007*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- 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. (2011). *Patentes farmacéuticas y países en desarrollo*. Madrid, España: Difusión Jurídica.
- Our World in Data (2023). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. Recuperado de: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
- Oxfam International (2020). *Small group of rich nations have bought up more than half the future supply of leading COVID-19 vaccine contenders*. Recuperado de: <https://www.oxfam.org/en/press-releases/small-group-rich-nations-have-bought-more-half-future-supply-leading-covid-19>
- Pavarini, M. ([1980]2002). *Control y dominación: teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Pearce, F. y Tombs, S. (1998). *Toxic Capitalism: Corporate Crime and the Chemical Industry*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Pegorado, J.S. (2021). El modelo delictivo en el capitalismo neoliberal financiero. *Delito y Sociedad*, 30(51), 1-17.
- Pemberton, S.A. (2015). *Harmful societies: Understanding social harm*. Bristol, Reino Unido: Bristol University Press.

- 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.
- Puzin, S.S. ET AL. (2019). Protection of the Rights of Disabled People to Access Medicines. *Advances in Gerontology*, 9(1), 56-61.
- Rivera Beiras, I. (2016). Hacia una criminología crítica global. *Athenea Digital*, 16(1), 23-41.
- 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*, (23-27). Madrid, España: Fundación 1º de mayo.
- Silveira Gorski, H.C. (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*, (99-112). Barcelona, España: Anthropos Editorial/OSPDH.
- Silveira Gorski, H.C (2017a). El cuarto poder y la protección de lo común (I). *Revista Crítica Penal y Poder*, (12), 1-33.
- Silveira Gorski, H.C (2017b). El cuarto poder y la protección de lo común (II). *Revista Crítica Penal y Poder*, (13), 1-36.
- Stone, K. (2016). *Global state of harm reduction 2016*. Londres, Reino Unido: Harm Reduction International.
- Sun, N. y Amon, J.J. (2018). Addressing Inequity: Neglected Tropical Diseases and Human Rights. *Health and Human Rights*, 20(1), 11-25.
- Taylor, I., Walton, P. y Young, J. ([1973]2001). *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Todorov, T. ([2012]2016). *Los enemigos íntimos de la democracia*. Barcelona, España: Galaxia Gutenberg.
- Tombs, S. (2012). State Corporate Symbiosis and the Production of Crime and Harm. *State Crime*, 1(2), 170-195.
- Tombs, S. y Whyte, D. ([2015]2016). *La empresa criminal. Por qué las corporaciones deben ser abolidas*. Barcelona, España: Icaria.
- 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.
- 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, Reino Unido: IIPP, Global Justice Now, Just Treatment, STOPAIDS.
- UNICEF (2017). *Plan Estratégico del UNICEF para 2018-2021*. Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas. E/ICEF/2017/17/Rev.1.
- 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.
- 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.



- Velásquez, G. (2018). El acceso a tratamientos para el virus de la hepatitis C -HCV-: un problema mundial. En Costas, E. y Torres, X. M.<sup>a</sup> (coord.), *Hepatitis C: la revolución de los pacientes*, (61-88). Paterna, España: Farmamundi.
- Visa, L. y Balsells, F. (2012). *El Hospital de la Seu opera antes a los pacientes de pago que a los públicos*. Recuperado de: [https://elpais.com/ccaa/2012/02/07/catalunya/1328648767\\_445297.html](https://elpais.com/ccaa/2012/02/07/catalunya/1328648767_445297.html)
- 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*, (260-271). Londres, Reino Unido: Pluto Press.
- 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 de: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/CPRT-114SPRT97329/html/CPRT-114SPRT97329-Part1.htm>
- Zaffaroni, E.R. y Dias Dos Santos, I. (2019). *La nueva crítica criminológica: criminología en tiempos de totalitarismo financiero*. Buenos Aires, Argentina: Ediar.

## Notas

- [1] Gran parte de este apartado 3.1. fue publicado con anterioridad en la citada referencia.
- [2] En cambio, la interpretación que se realiza sobre el PIB no queda exenta de críticas. Tombs y Whyte ([2015]2016:26) son 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. De esta manera, no muestran «cómo consiguen dominar la vida política y económica a lo largo y ancho de la economía global». Posición compartida por la economía feminista en cuanto los cálculos monetarios relacionados con el PIB no toman en consideración el trabajo doméstico y del cuidado.
- [3] El Modelo Beveridge se caracteriza por tener un sistema sanitario que se financia públicamente a través de impuestos y presupuestos estatales, pretende ofrecer una prestación gratuita, equitativa y universal y es controlado parlamentariamente.
- [4] Las flexibilidades 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 y Lamata Cotanda, 2019:16).