

ACCESO UNIVERSAL A MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Pandemia refuerza la agenda

Documento de Trabajo



ACCESO UNIVERSAL A MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS Pandemia refuerza la agenda

Autor:

Roberto López Linares

Foto de portada:

Jhonel Rodríguez Robles / Diario Oficial El Peruano

Red Peruana por una Globalización con Equidad - RedGE:

Jirón Río de Janeiro N° 373, Jesús María. Teléfono (511) 461 2223 - 461 3864. redge@redge.org.pe / www.redge.org.pe

Primera edición, agosto de 2020

Diseño, diagramación e impresión:

Rafael Nova. Recavarren 1257, Surquillo Teléfono (51) 990718636.

Agosto 2020

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2018-15833

ISBN:



Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra bajo las condiciones siguientes:

- Debe reconocer los créditos de la obra.
- No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra. Debe ser usada solo para propósitos no comerciales.

La pandemia que conmociona al mundo recuerda que los medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias constituyen un componente esencial para el pleno ejercicio del derecho humano a la salud y la vida. No pueden estar secuestrados por empresas que buscan maximizar sus utilidades sin importarles el sufrimiento, la muerte y las discapacidades que muchas veces dejan las enfermedades.

El precario sistema de salud con el que enfrentamos la pandemia y el nuevo que aspiramos, debe asegurar que nadie, por ninguna razón, sufra o muera por no acceder a las tecnologías sanitarias que prueban ser efectivas; para cualquier enfermedad o condición.

ÍNDICE

INTRODUCIÓN	5
1. LA CONMOCIÓN DEL COVID 19	6
2. PANDEMIA CON UN SISTEMA DE SALUD COLAPSADO	46
3. SISTEMA DE SALUD EN JAQUE AUNQUE MENOS MUERTES	46
4. LA CUARENTENA SE CAE	46
5. REELINDACIÓN DEL SISTEMA DÍBLICO DE SALLID	16



INTRODUCCIÓN

Los pobres pagan con mayor crudeza los desastres de la pandemia. Muerte y sufrimiento; deterioro –al límite para muchos - de sus condiciones de vida, futuros truncados. Desempleo, salarios indecentes, miserables jubilaciones, inexistencia de seguros de desempleo, informalidad laboral, falta de agua de buena calidad, densidad demográfica y hacinamiento en los hogares, sistema público de salud colapsado aún antes de la pandemia. La vulnerabilidad de la mayoría llevada al extremo.

Miramos con impotencia e indignación el sistema público de salud olvidado por décadas. No era efectivo ni siquiera para los requerimientos cotidianos de las y los ciudadanos. Recordemos las citas médicas o la programación de intervenciones quirúrgicas a larguísimos plazos; o la falta de incubadoras para recién nacidos; la escasez de mamógrafos y una larga lista de deficiencias. La pandemia lo ha convertido en escombros.

Se abre paso la convicción que los Estados, todos y todas, tenemos que construir un nuevo entorno social proteja y priorice la salud y bienestar de las personas con un nuevo sistema público de salud que garantice la prevención de las enfermedades, ofrezca libremente los tratamientos y otros cuidados de salud a todos y todas que los necesiten, y mitigue el sufrimiento; con financiamiento, infraestructura, equipamiento y recursos humanos necesarios. Un sistema de salud que respete y asuma las diferentes culturas y entendimientos de los procesos de salud-enfermedad que existen a lo largo y ancho de los distintos territorios que conforman el país; que privilegie la atención primaria de salud donde los ciudadanos y ciudadanas tengan una real participación. Un sistema de salud que garantice el acceso universal, sin restricciones, a las tecnologías sanitarias que son efectivas para preservar la salud y enfrentar las enfermedades.



Foto: Arzobispado de Lima

1. LA CONMOCIÓN DE LA COVID 19

El primer caso de COVID 19 fue detectado en Wuhan, China, en diciembre del año pasado. Tres meses después, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el COVID 19 como una pandemia, precisando que los adultos de la tercera edad, y aquellas personas con enfermedades previas como diabetes, hipertensión y problemas al corazón o pulmones, son población de riesgo. El coronavirus causante de esta enfermedad es de altísima transmisibilidad de humano a humano lo que ha provocado un gran número de infectados y muertos; las medidas para contener su propagación hacen colapsar las economías. Actualmente, el virus ha provocado mundialmente la muerte de más de 650 mil personas y más de 16 millones de casos confirmados, con una letalidad de 3.98 1.

Esta nueva pandemia fue subestimada como una gripe un poco más contagiosa que otras; pero su avance tomó de sorpresa a muchos países impactando seriamente los sistemas de salud. América Latina se va convirtiendo en el centro de la pandemia, con el Perú en el preocupante segundo lugar de infectados, después de Brasil.

En el Perú, el primer caso de COVID-19 se confirmó el 6 de marzo; nueve días después el gobierno decretó el Estado de Emergencia Nacional por quince días, disponiendo una cuarentena con aislamiento social obligatorio. Parecía un problema de pronta solución, pero el virus continúa sembrando sufrimiento y muerte. ¿Fallaron las antenas epidemiológicas?; ¿ausencia o demora de algunos elementos en la estrategia de contención? Muy probable. Tarea para los expertos. La cuarta semana de julio contábamos con 389,717 casos confirmados y más de 18 mil fallecidos con una letalidad en promedio nacional de 4,73%². La cifra de positivos confirmados fue en aumento hasta la segunda semana de junio en que la curva se aplanó en una discutida meseta con alrededor de 3500 nuevos casos diarios que luego se disparó con la apertura de actividades económicas hasta acercarse a los 5 mil casos confirmados a día en la cuarta semana de julio. Los fallecidos se mantienen en cerca de 180 cada día.



10

NORMAS LEGALES

Domingo 15 de marzo de 2020 / El Peruano

Segunda. Modificación del numeral 49.3 del artículo 49 del Decreto de Urgencia Nº 014-2019, Decreto de Urgencia que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2020

Modifícase el primer párrafo del numeral 49.3 del artículo 49 del Decreto de Urgencia Nº 014-2019, Decreto de Urgencia que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2020, conforme al siguiente

"Artículo 49. Recursos para los fines del FONDES

(...)
49.3 En el caso de modificación y/o actualización del Plan Integral de la Reconstrucción con Cambios, y/o actualización en el Banco de Inversiones del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y/o de existir saldos de libre disponibilidad según proyección al cierre del Año Fiscal 2020 de las intervenciones consignadas en el referido Plan, autorízase a las entidades del Gobierno Nacional, los Gobiernos Discientes de la Cobierno Nacional, los Gobiernos Castalados del Gobierno Nacional, los Gobiernos Castalados del Gobierno Nacional, los Gobiernos Nacional de la Cobierno de la C Regionales y los Gobiernos Locales para realizar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional a favor del pliego Presidencia del Consejo de Ministros Unidad Ejecutora Autoridad para la Reconstrucción con Cambios - RCC, las que se aprueban mediante decreto supremo refrendado por el Presidente del Consejo de

Fuente: Diario Oficial El Peruano

PRESIDENCIA DEL CONSEJO **DE MINISTROS**

Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19

> **DECRETO SUPREMO** Nº 044-2020-PCM

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú establecen que todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, y que el Estado determina la política nacional de salud, correspondiendo al Poder Ejecutivo normar y supervisar

¹ John Hopkins University; Coronavirus Resource Center; https://coronavirus.jhu.edu/; 27.07.2020

² MINSA COVID 19, Sala Situacional; https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp; 27.07.2020

El estado de emergencia³ trajo consigo la suspensión de derechos constitucionales como la "libertad y seguridad personales, la inviolabilidad del domicilio y la libertad de reunión y tránsito", permitiéndose sólo para casos de "adquisición, producción y abastecimiento de alimentos… productos farmacéuticos y de primera necesidad", prestaciones laborales relacionadas con los bienes mencionados y otros. En los tres primeros meses se prohibieron actividades comerciales, culturales y recreativas, hotelería y restaurantes. Sólo se permitieron las actividades consideradas esenciales de acuerdo a la norma. Fueron cerradas temporalmente las fronteras y se dispuso la intervención de la Policía Nacional y de las Fuerzas Armadas para "garantizar la implementación de las medidas". El toque de queda fue variando desde 11 a 6 horas de la noche, con variaciones en las regiones.

En medio de la paralización de la economía, la minería tuvo un trato privilegiado pues fue incluida, por presión de la Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas (CONFIEP), entre las actividades esenciales. Se reportaron muchas compañías mineras que no disminuyeron sus labores propiciando aglomeraciones y contagios. Resultado: a mitad de mayo, más de 500 trabajadores mineros infectados por el nuevo coronavirus ^{4,5} ;; en julio, y según el Ministerio de Energía y Minas, cerca de 3 mil trabajadores mineros estaban contagiados luego del reinicio de sus labores a lo que se suman los conflictos sociales, algunos de los cuales se encuentran activos⁶.

Esperando que la población cumpliera las reglas para evitar los contagios no se puso atención a las aglomeraciones en los mercados, paradas, lugares de venta ambulatoria, etc. que se convirtieron en importantes focos de contagio, al lado de las grandes colas en los bancos que crecieron por el cobro de los bonos; a esto se sumó luego el transporte público de pasajeros, incluyendo el interprovincial. Aunque la cuarentena fue rebasada después del segundo mes por las urgencias económicas de la mayoría de la población.

uploads/document/file/566448/DS044-PCM_1864948-2.pdf

Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. DU No. 044-2020-PCM; 15.03.2020; https://cdn.www.gob.pe/

⁴ El Gran Angular; Más de 200 trabajadores mineros tienen coronavirus en Perú. 26.04.2020 http://elgranangular.com/blog/reportaje/mas-de-200-trabajadores-mineros-tienen-coronavirus-en-peru/

Cooperacción; Se eleva a más de 500 el número de trabajadores mineros contagiados con COVID-19; 15.05.2020. http://cooperaccion.org.pe/se-eleva-a-mas-de-509-el-numero-de-trabajadores-mineros-contagiados-con-covid-19/

⁶ Observatorio de Conflictos Mineros: http://conflictosmineros.org.pe/

2. PANDEMIA CON UN SISTEMA DE SALUD COLAPSADO

El sistema de salud ya había colapsado antes de la pandemia. Una evaluación del Ministerio de Salud mostró la precariedad de la "infraestructura y equipamiento" de los establecimientos del MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú: el 77.78% de los establecimientos del primer nivel de atención eran inadecuados así como el 51% de los hospitales del segundo y tercer nivel de atención. La brecha de especialistas en los establecimientos era de 10,639 en 20198. Ya hacía mucho tiempo que los pacientes madrugaban para conseguir citas médicas e intervenciones quirúrgicas y esperar largos meses; lo mismo para exámenes auxiliares. Era frecuente el desabastecimiento de medicamentos, equipos para exámenes, insumos para intervenciones quirúrgicas, etc. Hasta ropa de cama en los hospitales

Con este sistema precario el gobierno responde a la pandemia, tratando de ampliar los servicios de salud para evitar muertes y discapacidades. El gobierno se ha esforzado en incrementar las posibilidades de atención médica para pacientes COVID-19: disposición de edificios de la Villa Panamericana para pacientes con formas leves de la infección o en cuarentena; aumento de camas hospitalarias y sobre todo camas UCI con ventiladores mecánicos. Se ha pasado de 270 camas UCI al principio de la epidemia a más de 1400 en la última semana de julio. La misma pandemia fue diezmando al personal de salud y la diseminación del virus ha obligado a nuevas contrataciones de personal; escasean los especialistas, particularmente en las regiones. La organización comunitaria en los distintos territorios, estuvo ausente hasta muy avanzada la emergencia.

Hubo problemas en habilitar equipos e insumos de protección para los profesionales y técnicos de salud, la policía y el ejército. La corrupción se hizo presente: compras sobrevaluadas en la Policía Nacional del Perú⁹, no sólo en Lima, sino también en Chiclayo y Puno¹⁰; hasta en la Controlaría General de la República se denunciaron compras sobrevaluadas¹¹; municipios también fueron objeto de investigaciones por sobrevaluación de canastas de víveres¹².

Las mascarillas escasearon y sus precios subieron brutalmente. La situación mejoró con nueva producción local particularmente de aquellas de uso por la población. Paradójicamente, el Perú había seguido exportando mascarillas a China entre fines de enero y marzo; unos 33 millones. El Decreto del 8 de abril restringiendo este tipo de exportaciones llegó tarde¹³. ¿Faltó reflejos? Otra lección que debe haber sido aprendida: asegurar la disponibilidad de bienes y servicios para enfrentar emergencias.

- MINSA; Documento Técnico; Indicadores y diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud; Enero 2020
- 8 La República, "Faltan 10 mil especialistas en el sector salud", 28.07.19, Lima, Perú
- Diario Gestión; Altos mandos de la PNP involucrados en presuntas compras sobrevaloradas; 27.04.2020, https://gestion.pe/peru/politica/coronavirus-peru-altos-mandos-de-la-pnp-involucrados-en-presuntas-compras-sobrevalora-das-covid-19-nndc-noticia/
- Diario Gestión; Fiscalía investiga 15 denuncias a nivel nacional por compras sobrevaloradas para PNP; 03.05.2020; https://gestion.pe/peru/politica/coronavirus-peru-fiscalia-investiga-15-denuncias-a-nivel-nacional-por-compras-so-brevaloradas-para-policia-nacional-pnp-covid-19-nndc-noticia/
- Compras Estatales; Contraloría separa a funcionario por presuntas compras sobrevaloradas; 06.05.2020 https://comprasestatales.org/contraloria-separa-a-funcionario-por-presuntas-compras-sobrevaloradas/
- OJO PUBLICO; Coronavirus en regiones: investigan malos manejos en canastas familiares y escasa ejecución de fondos; https://ojo-publico.com/1748/covid-19-en-regiones-investigan-malos-manejos-en-entrega-de-canastas
- Ojo Público; Más de 33 millones de mascarillas salieron a China antes de restricción de exportación; 20.04.2020 https://ojo-publico.com/1772/peru-envio-millones-de-mascarillas-china-antes-de-pandemia



Foto: Diario Oficial El Peruano

La provisión de oxígeno medicinal, en manos de un oligopolio, llegó a su límite y su escasez ha causado muchas muertes. El oligopolio del oxígeno medicinal (Air Products and Linde Group) se creó cuando el gobierno dispuso en el 2010 que sólo el concentrado de 99% o más podría ser usado. Los que producían oxígeno de 93% quedaron fuera del juego. Nada bueno resulta cuando hay monopolios; peor si nadie los regula. El gobierno dio pase al uso "excepcional" de oxigeno medicinal desde 93% de concentración¹⁴ que es de fácil producción, no requiere instalaciones sofisticadas y además está aceptado en los estándares de la OMS y muchos países¹⁵. El oxígeno es un bien esencial para el sistema de salud y no podemos quedarnos en soluciones de tipo "excepcional". ¿Se pretende seguir protegiendo al oligopolio? Si ya existe una evaluación técnica sobre la pertinencia del oxígeno de 93%, es urgente promover empresas que, en competencia, puedan ofrecerlo a precios más convenientes y asegurar su disponibilidad en todas las regiones. Aunque muestra una práctica profundamente solidaria de nuestra población no podemos alentar, por omisión estatal, nuevas "teletones", esfuerzos de iglesias y comunitarios, a lo largo de todo el país, para dotar de oxígeno a los establecimientos de salud.

Los medicamentos subieron de precio¹⁶ en las boticas y farmacias privadas. Empresarios se justificaron con el agotamiento de medicamentos genéricos que les obligaba a ofrecer productos de marca que son más

El Comercio; Unos 48 oficiales de la Policía fueron "separados del servicio" por caso de compra de mascarillas y alcohol en gel; 25.05.2020; https://actualidadpenal.pe/noticia/separan-a-48-oficiales-de-la-pnp-por-compra-de-alcohol-y-mascarillas-sobrevaloradas/601406d6-4681-4d3e-a2c5-d70de8a624f1/1

En 2017 el IETSI de EsSalud, luego de una búsqueda sobre regulaciones en otros países sobre el uso de oxigeno medicinal llegó a la conclusión que el de 93% está apto para uso en pacientes requirentes

Salud con Lupa; Las cadenas de boticas y sus prácticas abusivas durante el estado de emergencias. 07.05.2020. https://saludconlupa.com/noticias/las-cadenas-de-farmacias-y-sus-practicas-abusivas-durante-el-estado-de-emergencia/

caros; una práctica frecuente que ha sido documentado en estudios anteriores¹⁷. Los intereses comerciales priman sobre los de los ciudadanos y ciudadanas que en este caso buscan ejercer un derecho fundamental: la salud. Economía de mercado le dicen, donde la empresa privada es intocable, contando con la protección de organismos que debían defender a los "consumidores" y "usuarios". El Gobierno respondió incorporando tres medicamentos en la lista de genéricos que obligatoriamente deben tener las farmacias y boticas: dexametasona, metilprednisolona y epinefrina¹⁸. También anunció la compra de 350 mil unidades de hidroxicloroquina y 490 mil unidades de ivermectina para todos los pacientes COVID 19 que lo necesiten a nivel nacional¹⁹. Respuesta útil para el momento, pero que no resuelve los abusos de productores y distribuidores de medicamentos.

Las clínicas privadas también se aprovechan. La tarifa para los pacientes derivados del MINSA por una cama UCI era de S/. 3500 soles diarios; a otros pacientes la cifra subió hasta S/ 10,000 diarios. Clínicas privadas cobraron por pruebas moleculares hechas gratuitamente en el Instituto Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) se exoneró de intervenir afirmando que "no se puede realizar un control de precios". Otra vez la "iniciativa privada" y la "libertad de empresa". La integración vertical de importantes aseguradoras y clínicas facilita el negocio. A 101 días de la pandemia el gobierno llegó a un acuerdo con la Asociación Nacional de Clínicas Privadas fijando en S/ 55,000 por el tratamiento de un paciente grave con COVID-19. Una suma todavía muy alta. De a pocos, las clínicas han ido firmando el acuerdo con el SIS. En la primera semana de julio, sumaban 20 clínicas de Lima Metropolitana y 6 de provincias las que habían firmado el convenio con el SIS para atender a pacientes graves con COVID 19²⁰.

Los pacientes crónicos y agudos con otras enfermedades pasaron a segundo plano. Su situación se hace incierta cuando se desaconseja ir a establecimientos de salud (hospitales, por ejemplo) porque se consideran focos de contagio. Se escuchan voces de grupos de pacientes no sólo por falta de atención en la consulta ambulatoria o intervenciones que necesitan internamiento, sino también por la falta de medicamentos y otros insumos para sus tratamientos. Reportes mostraron grandes colas de pacientes buscando citas en hospitales como el INEI una vez que reabrieron la atención. Está ocurriendo un embalse de pacientes que postergan sus demandas de atención, así como el agravamiento de ciertas condiciones que puede aumentar los daños y fallecimientos por causas diferentes al COVID-19. Los pacientes se quedan en sus hogares. El embalse puede estar ocurriendo también con las necesidades de medicamentos y otras tecnologías sanitarias que se requieren cotidianamente en los establecimientos de salud de todo nivel. Copado el sistema de salud por el COVID 19, le queda poco oxígeno para atender otras enfermedades. Las mujeres, encargadas tradicionalmente del cuidado de la salud de la familia, se tienen que esforzar aún más para cuidar de los enfermos con COVID 19 además de los que padecen de otras enfermedades.

OXFAM, AIS, REDGE; Manipulación de la oferta de medicamentos; Mayo 2019, https://oi-files-cng-prod.s3.amazo-naws.com/peru.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/Manipulacio%CC%81n-de-Oferta-de-medicamentos-Brief.pdf

Ministerio de Salud; MINSA incorpora fármacos COVID-19 en listado de medicamentos genéricos que farmacias deben vender obligaotriamente; 21.05.2020. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/162363-minsa-incorpora-far-macos-covid-19-en-listado-de-medicamentos-genericos-que-farmacias-deben-vender-obligatoriamente

TVPERU; Gobierno ccompra hidroxicloroquina y ivermectina para atender pacientes COVID-19; 04.05.2020 https://www.tvperu.gob.pe/noticias/nacionales/gobierno-compra-hidroxicloroquina-y-ivermectina-para-atender-pacientes-covid-19

Andina; ¡Confirmado! Estas son las 26 clínicas que atenderán pacientes covid-19 graves; 22.07.2020 https://andina.pe/agencia/noticia-%C2%A1confirmado-estas-son-26-clinicas-atenderan-pacientes-covid19-graves-806865.aspx

3. SISTEMA DE SALUD EN JAQUE... AUNQUE MENOS MUERTES

ELa cuarentena declarada por el gobierno siguió las experiencias de otros países que enfrentan la pandemia, con el objetivo de mantener una presión manejable sobre los servicios de salud. Lo hizo con mayor rapidez que otros como España, por ejemplo; antes de que hubiera una sola víctima fatal. Una semana después de confirmado el primer caso estábamos en cuarentena. Aunque las dos primeras semanas de marzo, los aeropuertos, especialmente el Jorge Chávez fue una coladera para el virus. El ritmo de diseminación de la pandemia ha mantenido en permanente jaque las posibilidades de atención del sistema de salud. Una segunda ola nos tomaría con el sistema de salud al límite. Los sistemas de salud de Loreto, Ucayali, Lambayeque y Piura colapsaron hace varias semanas; luego pasó lo mismo con Arequipa, Junín, La Libertad, Cusco. Y si vemos por sectores sociales, las poblaciones indígenas amazónicas y de la sierra, siguen reclamando por atención inmediata.

La cuarentena redujo muchas de las probables infecciones y muertes que habrían ocurrido sin ella, aun tomando en cuenta cifras alternativas a las confirmadas por el MINSA. No obstante, en el ranking de los 20 países más afectados por el COVID 19, la tasa de mortalidad por 100 mil habitantes ubica al Perú en el segundo lugar después del Reino Unido (68.94) con 55.79; atendiendo a la tasa de letalidad en este mismo grupo de países, nos ubicamos en el sexto lugar (4.7%). Dicha tasa a nivel global es de 3. 98 %²¹.

El personal de salud hace esfuerzos heroicos para atender a los pacientes y en muchos momentos sin las condiciones de protección adecuadas y herramientas esenciales (medicinas, oxigeno, ventilación mecánica, etc.). Médicos, enfermeras, técnicos de salud, policías y militares, bomberos y hasta periodistas han contraído el virus cumpliendo sus labores. Al primer día de julio se contaban 70 médicos fallecidos y 2062 contagiados con COVID 19²², en mayo se reportaron 12 enfermeras fallecidas, 3 técnicos de enfermería y más de 1200 infectados; 7 bomberos fallecidos.; en las FFAA habían 1200 confirmados positivos a COVID 19 y siete fallecidos²³. En junio sumaban 243 policías fallecidos y más de 6 mil infectados²⁴. Y la cuenta sigue.

Johns Hopkins; Coronavirus Resource Center; Mortality in the most affected countries, https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality; 27.07.2020.

²² COLEGIO MEDICO DEL PERU; CUARENTENA SE LEVANTA CON 70 MÉDICOS FALLECIDOS; 01.07.2020 https://www.cmp.org.pe/cuarentena-se-levanta-con-70-medicos-fallecidos/

Agencia EFE COVID-19 causa cientos de muertes de médicos, policías y periodistas en Perú; 20.05.2020; https://www.efe.com/efe/america/sociedad/covid-19-causa-cientos-de-muertes-medicos-policias-y-periodistas-en-peru/20000013-4251479

²⁴ RPP; 223 policías murieron por COVID-19 en 100 días de estado de emergencia; 23.06.2020 https://rpp.pe/peru/actualidad/coronavirus-en-peru-223-policias-murieron-por-covid-19-en-100-dias-de-esta-do-de-emergencia-noticia-1275268



Foto: El País

4. LA CUARENTENA SE CAE

La pobreza aumenta la vulnerabilidad. No pudieron quedarse en casa los que no tienen refrigeradora para quardar víveres o comprar para varios o muchos días. Fueron la mayoría y abarrotaron los mercados. Las personas con trabajos remunerados o ahorros –no hablemos de los ingresos altos– pudieron quedarse en casa y disminuir el riesgo de contagio. Los pobres y pobres extremos tuvieron que salir y arriesgar sus vidas; no tenían otra opción para conseguir recursos; al igual que las y los trabajadores de actividades esenciales, muchos trabajando con protocolos inefectivos para contener el contagio. Los bonos quedaron cortos, además de las aglomeraciones "pro-virus", y por haber dejado mucha gente necesitada excluida de sus beneficios. A pesar de las propuestas de muchas organizaciones, congresistas e instituciones – hasta las Naciones Unidas últimamente²⁵ - de otorgar un bono universal por los meses que dure la emergencia, el gobierno restringió el apoyo a la población que necesita más recursos para respetar las reglas de una cuarentena. Optó por la economía, sin entender que sin salud no hay crecimiento económico; menos aún, desarrollo. El bono universal o renta básica universal era y es necesario. Más aún cuando la pandemia – la "suspensión perfecta" hizo lo suyo- dejó sin trabajo a 2.7 millones sólo en Lima Metropolitana. Esto contrasta con el desembolso de 42 mil millones de soles que el gobierno ha desembolsado en apoyo de la empresa privada²⁶ con un monto considerable que ha ido a parar a grandes empresas que no lo necesitaban tomando en cuenta su rentabilidad²⁷.

Luego de dos meses, la población pobre, desocupada, que genera su propio empleo, salió a "recursearse" y rebasó los límites impuestos por el confinamiento. Salió a las calles a retomar sus anteriores trabajos o crear uno nuevo. Nada de indisciplina, es el hambre que impulsó a romper la cuarentena; es la desesperación de hombres y mujeres que tuvieron un negocio que ven agonizando y lo quieren levantar; son los niños hambrientos en casa que los impulsa a salir y arriesgar sus vidas. Como ha recordado una metáfora muy difundida: todos estamos en la misma tormenta; pero algunos van en yates, seguros, mientras que la mayoría la enfrentan en embarcaciones precarias, haciendo agua. La gigantesca desigualdad se ha mostrado en toda su dimensión. Lo resume un cartel en Huaycán: "corona para los ricos, virus para los pobres".

El gobierno empezó a reactivar algunas actividades económicas y avanzó en esta estrategia desde la semana catorce de la cuarentena. Autorizó la reapertura de centros comerciales, ciertas empresas y negocios sin mostrar fehacientemente una situación epidemiológica que lo justificara: tener una curva de COVID-19 positivos con bajada notable, un coeficiente de contagiosidad favorable y una estrategia de rastreo y cercado de la epidemia. Se hizo caso a la presión de la empresa privada dejando de lado a profesionales de la salud que desaconsejaban abrir las puertas a la aglomeración que puede acelerar la transmisión del virus.

Naciones Unidas; Los argumentos a favor de una renta básica universal; 17.07.2020; https://news.un.org/es/story/2020/07/1477601

²⁶ El Peruano, 04.07.2020. Programa Reactiva Perú colocó S/ 42,000 millones https://elperuano.pe/noticia-programa-reactiva-peru-coloco-s-42000-millones-99161.aspx

Ojo Público; 15.06.2020, Grupos económicos, negocios de la salud y extractivas recibieron préstamos de Reactiva Perú; https://ojo-publico.com/1901/reactiva-peru-bancos-beneficiaron-grandes-companias



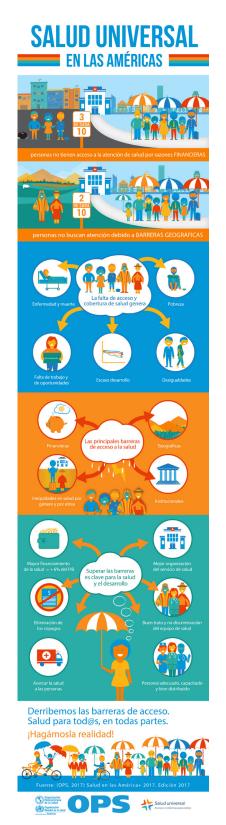
Foto: Twitter @jesusverdeL @tweet_informa @MariaPia_PS02

Se reactivaron los viajes interprovinciales en buses y aviones llenos. El gobierno anunció que se esperaba reactivar el 95% de la economía a fines del mes de julio. El renovado gabinete terminó por hegemonizar una política de respuesta a la crisis centrada en la apertura de las actividades empresariales bajo la presión de la CONFIEP, que se apresuró a exigir nuevas flexibilidades laborales²⁸. "El virus va a atacar a todos; nadie se va a salvar" sentenció el Presidente²⁹; la salud quedó en segundo plano. Sólo quedó el "sálvese quien pueda". La cifra de positivos al nuevo coronavirus subió a casi 5000 diarios en la última semana de julio y los fallecidos se mantenían en alrededor de 180 cada día. Hospitales colapsados; sin camas ni espacios para atender a los enfermos; muchos de ellos quedándose en sus casas y buscando su propio oxígeno. Tragedia que parece no tener fin. La vacuna está muy lejos y no hay ningún tratamiento probadamente efectivo.

LA REPUBLICA. 26.07.2020; CONFIEP pide al Gobierno que se flexibilicen los contratos a plazo fijo https://larepublica.pe/economia/2020/07/26/confiep-pide-al-gobierno-que-se-flexibilicen-los-contrataciones-a-plazo-fijo/

Declaraciones a Radio Americana de Moquegua, 16.07.2020. En https://elcomercio.pe/videos/pais/martin-vizcarra-el-virus-va-a-atacar-a-todos-nadie-se-va-a-salvar-videos-nnav-am-tv-pais-noticia/

5. REFUNDACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD



del sector privado en la salud sin ninguna regulación, donde los asegurados y clientes de clínicas privadas son esquilmados con altas primas de seguros y exorbitantes precios de los servicios y tecnologías sanitarias como los medicamentos.

El sistema público de salud está fragmentado y segmentado, sin el financiamiento necesario, con enormes déficits de infraestructura, equipos e insumos, así como de recursos humanos. Desorganizado y con problemas de gestión. La fragmentación del sistema público de salud lleva a discriminar por estratos y pertenencias institucionales, como los sub sistemas de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional y EsSALUD. Los Planes Esenciales de Salud (PEAS) excluyen de cobertura muchas dolencias o condiciones que requieren atención médica o requieren un largo y enrevesado

cargo los establecimientos de salud.

La pandemia ha mostrado el abandono del sistema público de salud; por décadas no ha sido una prioridad para ningún gobernante, sus cómplices políticos y la indiferencia de los grupos de poder, dejando al mismo tiempo prosperar el gran negocio

El sistema público de salud que existe no es apto para ofrecer una atención de calidad. Por su lado, el sistema privado muestra todas las limitaciones de haber convertido la salud en un negocio; sin regulación, no hay posibilidad que ofrezcan servicios a un costo o razonable. "La concepción de la salud como negocio es errada, y tiene que superarse" expresó el Cardenal Castillo rematando con la frase: "La salud es para servir y no un negocio"³⁰.

proceso para su atención. La pandemia también ha revelado serios problemas de gestión de los gobiernos regionales que tienen a su

Debemos contar con un solo sistema bajo la rectoría efectiva del Ministerio de Salud garantizando en todos los establecimientos de salud la misma atención de calidad para todas las personas cubriendo las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación con las herramientas técnicas y científicas disponibles. No hay ciudadanas y ciudadanos diferentes.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)

30 La República; 29.06.2020; Carlos Castillo Mattasoglio: "La concepción de la salud como negocio es errada y tiene que superarse"; https://larepublica.pe/sociedad/2020/06/29/carlos-castillo-mattasoglio-dice-que-la-concepcion-de-la-salud-como-negocio-es-errada-y-tie-ne-que-superarse-clinicas/

La atención primaria de salud³¹, con real participación ciudadana en los distintos territorios debe ser enfoque y estrategia esencial del nuevo sistema de salud. La participación comunitaria en la estrategia de APS facilita la identificación de los factores sociales, económicos y culturales que afectan la salud y el bienestar de la población dentro de los diferentes territorios. Guardando su independencia, las organizaciones comunitarias actúan propositivamente para las mejoras del sistema de salud. Tiene efectos positivos en la vigilancia de la calidad de la atención, así como en la prevención de la corrupción. El empoderamiento de las personas y comunidades contribuye consecuentemente a la construcción democrática del país en una legítima y auténtica gobernanza para actuar sobre los distintos determinantes sociales que afectan la salud y el bienestar de las personas y comunidades, respetando las competencias de los diversos actores y promoviendo la correspondiente rendición de cuentas.

En coordinación con universidades y otras instituciones educativas, el sistema de salud debe ampliar y profundizar un plan de formación y actualización de profesionales, técnicos a fin de cubrir las brechas. Es urgente formar recursos humanos en distintas especialidades de acuerdo a las prioridades y necesidades de las distintas regiones y territorios, con un sistema de incentivos, no sólo pecuniarios, para evitar su concentración en las grandes ciudades, particularmente en Lima.

La conformación pluriétnica y pluricultural del país exige diseñar un sistema de salud no uniforme y rígido para todo el territorio nacional, sino que, atendiendo a las especificaciones epidemiológicas de las regiones y territorios, sea flexible y tome en cuenta las diferentes concepciones de salud y enfermedad que existen en el país que le permita adaptar sus intervenciones preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras y de mitigación de efectos negativos. Una respetuosa complementariedad entre el enfoque tradicional y "moderno" de la salud hacen las intervenciones más efectivas. Debemos pasar de un sistema centrado en la enfermedad a uno centrado en la salud como resultado de la relación armoniosa entre factores espirituales, ambientales y comunitarios³².

El enfoque de género es transversal a todo el sistema de salud, previniendo posibles distorsiones e inequidades en la atención y la puesta en marcha de políticas, normas y prácticas que aseguren a todos y todas, atenciones de calidad independientemente del sexo y género. Asimismo, el sistema de salud debe implementar las políticas necesarias para ofrecer atención integral diferenciada tomando en cuenta las particularidades de la población LGTBI.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los gobiernos deben dedicar por lo menos el 6% del PBI a la salud; el Perú va por el 3.3%. El camino hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, tomando en cuenta las innumerables y profundas brechas existentes (infraestructura, equipos, recursos humanos, etc.), compromete decisiones políticas para asignar mayores recursos. Los tributos son la más importante fuente de ingresos fiscales y la forma más efectiva de redistribuir la riqueza de un país. Sin embargo, la recaudación tributaria en el Perú fue en 2017 el 15.3 % del PBI, por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (22.8) y mucho más bajo que el promedio en la OCDE: 34%³³. El Estado necesita una reforma tributaria que asegure recaudar suficientes fondos para cumplir con sus mandatos. No habrá mejoras en salud, educación, programas de protección social y otros, si es que no se mejora la recaudación

La Conferencia de Alma Ata definió la APS como: "la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Felipe Nayip Hasen Narváez; INTERCULTURALIDAD EN SALUD: COMPETENCIAS EN PRÁCTICAS DE SALUD CON POBLA-CIÓN INDÍGENA; Cienc. enferm. vol.18 no.3 Concepción 2012 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0717-95532012000300003

³³ CEPAL, OCDE, BID, CIAT; Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe; https://www.oecd.org/tax/tax-policy/brochure-estadisticas-tributarias-en-america-latina-y-el-caribe-2019.pdf

fiscal³⁴. El Estado peruano tiene que ser efectivo en prevenir y sancionar la evasión y la elusión tributarias y terminar con los "beneficios tributarios" que favorecen a la empresa privada y llegan a 16,500 millones de soles anuales, alrededor del presupuesto público de salud del 2018. Dichos beneficios restaron ingresos al Estado por 119,000 millones de soles entre los años 2009 y 2018³⁵. Nada despreciable.

El desmedido afán de lucro de seguros de salud y clínicas privadas se ha mostrado una vez más en el contexto de la pandemia. El Estado peruano tiene que diseñar una estrategia que sobre la base de un justo intercambio de valor (atención) por dinero, evite los abusos del sector privado dedicado al "negocio de la salud". En esta perspectiva debe también identificar los sobreprecios que cargan estas instituciones que se facilita por la integración vertical entre aseguradoras y clínicas privadas.

R. López, C. Gianella, E. Meza; La otra lucha contra el Cancer; AIS – OXFAM, Feb 2019; https://www.redge.org.pe/sites/default/files/La%20otra%20lucha%20contra%20el%20cancer%20final%20con%20indice%20completo%20(3) 0.pdf

ANDINA; Beneficios tributarios podrían reducirse en 10%: recaudación crecería en S/ 1,800 millones; 19.04.2018. https://andina.pe/agencia/noticia-beneficios-tributarios-podrian-reducirse-10-recaudacion-creceria-s-1800-millones-707256.aspx

6. TECNOLOGÍA SANITARIA DE LIBRE ACCESO

La pandemia de COVID-19 se propaga por todo el mundo y las otras enfermedades que ya aquejaban desproporcionadamente a los países de ingresos medios y pobres siguen allí. Es urgente hallar tratamientos eficaces contra la enfermedad o vacunas que puedan prevenirla. En esta área surgen escenarios de potenciales conflictos que pueden amenazar el acceso de todos los países a las tecnologías sanitarias que resulten efectivas.

El tratado sobre los Aspectos de los derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) que rige para todos los países miembros de la Organización Mundial de Comercio (OMC) obliga a otorgar patentes por 20 años a todos los inventos. El nivel de protección ha ido en aumento a través de acuerdos comerciales bilaterales (Perú-Estados Unidos, por ejemplo), como la protección de los datos de prueba de seguridad y eficacia, vigente en el Perú³⁶. A través de estos mecanismos se crean monopolios "legales" que obstaculizan el acceso oportuno y universal a medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

Un ejemplo en plena crisis sanitaria. El remdesivir ha sido aprobado para uso de emergencia en Estados Unidos y uso condicional en Europa para COVID-19³⁷; se espera nueva y sólida información para otorgar una autorización permanente como tratamiento para la infección del nuevo coronavirus. Pero está patentado en más de 70 países. Muchas organizaciones alrededor del mundo han solicitado a Gilead que deje sin efecto sus patentes³⁸. Gilead ha respondido con una licencia voluntaria para 127 países de ingresos medios y bajos acompañado de acuerdos con compañías productoras de genéricos. Perú, junto con el resto de los países de Sudamérica no está en la lista. ¿Qué significa esto? Que los pobres que no puedan pagar el tratamiento con remdesivir están condenados o los gobiernos tendrán que aceptar la imposición de precios altos, de monopolio. Así –y en peores formas- funciona la exclusividad que da la patente y otras formas de protección de la propiedad intelectual.

La pandemia del VIH SIDA ha dejado hasta el 2018 alrededor de 32 millones de fallecidos, la mayoría por no poder pagar los altos precios de tratamiento que impusieron las grandes compañías farmacéuticas titulares de las patentes de los antiretrovirales efectivos para la infección. La introducción de genéricos bajó el tratamiento de primera línea por persona/año de US\$ 10,000 hasta menos de US\$ 200. ¿Se repetirá la mortandad con la pandemia del COVID 19 aunque haya vacunas y/o tratamientos? Los gobiernos tienen que tomar previsiones.

"No podemos repetir lo que sucedió hace años cuando se encontraron tratamientos contra el VIH. Las personas en los países ricos se estaban recuperando mientras millones de personas morían en los países más pobres... Hay más de 100 vacunas (para el COVID-19) en investigación y alguna va a ser exitosa... pero antes que eso pase queremos un acuerdo de todos los gobiernos para que una vez que tengamos la vacuna pueda producirse rápidamente a escala y esté disponible para toda la gente en todos los países, sin costo alguno..." (Winnie Byanyima; Directora de ONUSIDA; abril 2020).

La protección de datos de seguridad y eficacia incluida en el ADPIC es para evitar su uso "desleal". Sin embargo en el tratado comercial con Estados Unidos quedó establecido la "exclusividad" del uso de esos datos por el titular y por un plazo de cinco años.; ninguno estaba dispuesto en el ADPIC.

³⁷ EMA; First COVID-19 treatment recommended for EU authorization; 25.06.2020 https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/first-covid-19-treatment-recommended-eu-authorisation-en.pdf

Ver AIS PERU: GILEAD: No use patente de Redemsivir; http://aisperu.org.pe/nuestro-trabajo/noticias/item/119-gi-lead-no-use-patente-de-remdesivir

El informe del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a Medicamentos³⁹, se refiere a las incoherencias entre las protecciones de propiedad intelectual que buscan utilidades de las empresas farmacéuticas y los objetivos de la salud pública. Por eso es que los Estados tienen que usar las herramientas para proteger a sus poblaciones y hacer asequibles las tecnologías sanitarias que requieren.

En esa línea las Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado la eventual vacuna contra el COVID 19 como un bien público. Deberá estar disponible equitativamente para toda la humanidad. Acompañado de 37 países el Director General de la OMS hizo un llamado a gobiernos, empresas privadas y otras partes interesadas a poner en un "banco global" los derechos de propiedad intelectual para facilitar el acceso a las tecnologías efectivas para el COVID 19. El banco global (Patent Pool) sería el repositorio de licencias que podrán ser usadas por cualquier gobierno a fin de habilitar la producción y distribución de las tecnologías sanitarias.

Por su lado, el Secretario General de las Naciones Unidas afirmó que "una vacuna, en sí misma, no es suficiente. Necesitamos solidaridad global para asegurarnos de que todas las personas, en todo el mundo, tienen acceso a ella. Una vacuna contra el COVID-19 debe ser vista como un bien público: una vacuna del pueblo, como lo piden cada vez más líderes mundiales"⁴⁰. Si bien es cierto, que la solidaridad -de carácter voluntario - debe ser la base de nuestra convivencia, debemos recordar que la justicia y la equidad – que deben ser fines en las normas que nos gobiernan - son los garantes efectivos del ejercicio pleno del derecho a la salud y la vida.

El COVID 19 no es la única enfermedad donde actúan y actuarán los monopolios restringiendo el acceso a tecnologías sanitarias efectivas. Los diferentes tipos de cáncer, hepatitis C, TBC resistente son solo algunos otros ejemplos. La investigación y desarrollo de nuevas tecnologías están impulsados más por las utilidades que puedan generar que por el logro de bienestar de la humanidad. Por eso es que hay tantas enfermedades conocidas desde hace muchos años que no tienen tratamientos efectivos o una vacuna para prevenirlas. Claro, afectan más a poblaciones de países pobres que no pueden pagar los altos precios que impone el modelo que vincula con exceso los costos de investigación y los precios de los productos. La pandemia y las otras urgencias de salud de la humanidad impone desandar algunos caminos que han llevado a limitar el acceso y recorrer nuevos para asegurar que todos los ciudadanos y ciudadanas accedan a tecnologías sanitarias que salvan vidas, mitigan el sufrimiento, previenen enfermedades y recuperan capacidades.

Naciones Unidas; Informe del Grupo de Alto informe del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a Medicamento; 2017 https://static1.squarespace.com/static/562094dee4b0d00c1a3ef761/t/596feefb3e00be55b028a1a6/1500507901944/50923+--+HLP+Report_SPANISH-v5_web.pdf

NOTICIAS ONU; Guterres pide una "vacuna del pueblo" contra el coronavirus que esté disponible para todos los habitantes del planeta; 04.06.2020; https://news.un.org/es/story/2020/06/1475452



Foto: Centro de Investigación Periodística (CIPER)

a. Nuevo modelo para la investigación y desarrollo (I&D) de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias. El modelo vigente de I&D vincula los costos de investigación con los precios de medicamentos a pesar que las empresas reciben con mucha frecuencia el apoyo de gobiernos; es decir, dinero de los contribuyentes. Los monopolios titulares de las patentes imponen precios altos con la deleznable justificación de los costos de la investigación y desarrollo desestimando las grandes utilidades que tienen con esos precios que les hacen recuperar prontamente las inversiones privadas⁴¹.

El Estado Peruano debe participar proactivamente en organismos multilaterales como la Naciones Unidas/ OMS, buscando asimismo coaliciones con los países del sur, para diseñar y poner en operación modelos de investigación y desarrollo que desvinculen los precios de los costos de investigación y desarrollo. Existen estrategias que fueron propuestas en esa línea y que han sido prácticamente desvirtuadas por presión en la OMS de los países sede de las grandes farmacéuticas. Es tiempo de rescatarlas para que, a través de un acuerdo global, los países financien conjuntamente las futuras investigaciones y el desarrollo de nuevas tecnologías médicas atendiendo a las prioridades de la salud pública y, de manera particular, para aquellas enfermedades que afectan desproporcionadamente a las poblaciones de los países en desarrollo.

b. Excepciones para las tecnologías sanitarias en el tratado sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Firmado en 1994, este acuerdo obliga a los países miembros de la Organización Mundial de Comercio a otorgar veinte años de protección de patente (estándar mínimo) a todos los inventos, incluyendo medicamentos (procesos y productos), vacunas, *tests*, equipos médicos, etc. Los innovadores, generalmente grandes empresas farmacéuticas, monopolizan los inventos e imponen precios altos a los productos finales. Los precios, particularmente de los medicamentos de "última generación" son prohibitivos para los países del sur, como ha pasado con los medicamentos para el VIH, la hepatitis C y el cáncer.

[&]quot;Para fines del 2017 el promedio de retorno de 98 medicamentos para el cáncer fue de US\$ 14.50 por cada dólar ajustado al riesgo gastado en investigación y desarrollo de nuevos medicamentos"; Al 2017, cinco medicamentos para el cáncer (rituximab, trastuzumab, bevacizumab, pegfilgrastim, imatinib) acumularon 393.1 mil millones de dólares. Extraido de AIS, Medicamentos para el cáncer: precios y beneficios en cuestión (PARTE 1), Lima Dic 2019. http://aisperu.org.pe/nuestro-trabajo/noticias/item/110-expertos-evaluan-costos-y-beneficios-oncologicos

El Estado peruano debe articular esfuerzos con otros países del sur para revisar el acuerdo ADPIC y, en aras de superar las "incoherencias entre este tratado y los intereses de la salud pública"⁴², plantear las excepciones correspondientes para las tecnologías sanitarias. Los monopolios han mostrado que son obstáculos para el acceso a dichas tecnologías.

c. Transparencia en los costos de I&D de tecnologías sanitarias y los procesos de fijación de precios. No hay duda que el sector privado continuará sus propios esfuerzos para la creación de nuevas y efectivas tecnologías de salud. Pero es necesario que transparenten fehacientemente los gastos en que incurren para dichos fines. Los gobiernos y las organizaciones filantrópicas deben también transparentar los financiamientos a las empresas privadas de I&D, sobre todo los contratos correspondientes que deben incluir cláusulas que aseguren que los resultados de dichos financiamientos serán asequibles para todos los países.

Complementariamente y, en consonancia con las tendencias actuales, las compañías farmacéuticas deben sincerar sus mecanismos de fijación de precios de tal modo que se equilibre el poder de negociación con los diferentes países e instituciones compradoras de tecnologías sanitarias⁴³.

- **d. Ciencia abierta.** Los procesos, hallazgos y resultados de proyectos de l&D de nuevas tecnologías sanitarias deben estar disponibles para complementar los esfuerzos de la comunidad científica, gobiernos y otras instituciones y organizaciones a fin de acelerar procesos que lleven a la creación de nuevas tecnologías que pueden mejorar las condiciones de salud de la población mundial. El acuerdo sobre un nuevo modelo de investigación y desarrollo de medicamentos debe promover la colaboración de todas las instituciones y organizaciones científicas con el fin de avanzar más rápidamente en la creación de nuevas herramientas para preservar la salud y tratar las enfermedades.
- **e. Licencias obligatorias para responder al COVID 19.** El nuevo coronavirus no otorga tregua por lo que es necesario responder a corto plazo con la tecnología sanitaria que es efectiva para contener la pandemia. Los Estados otorgan las patentes y también pueden suspenderlas. El Art. 31 del ADPIC, establece que "en casos de emergencia nacional o en otras circunstancias de extrema urgencia", los Estados pueden suspender derechos que otorga la patente. Está ratificado en la Declaración de Doha sobre el ADPIC y la Salud Pública (2001) cuando establece que "los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública"⁴⁴.

Los miembros de la OMC afirman en la Declaración que el acuerdo ADPIC "debe 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". En otro acápite los países miembros de la OMC reafirman "... 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". Mediante la emisión de licencias obligatorias, se suspenden los derechos de exclusividad de los inventos como medicamentos y otras tecnologías

Como los derechos de patentes y otros de protección de propiedad intelectual son territoriales, los gobiernos tienen que facilitar el levantamiento de protecciones de la propiedad intelectual y estar listos para acceder a la vacuna y otras tecnologías. Esto se hace a través de normas para facilitar el otorgamiento inmediato de licencias

⁴² Naciones Unidas; op cit.

⁴³ La 72 Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA 72.8 (28 Mayo 2019) proponiendo, a los países, entre otros asuntos, "informar públicamente de los precios de los productos sanitarios, difundir datos de ensayos clínicos", colaboren para notificar "la información por los proveedores sobre productos sanitarios registrados... ingresos por ventas, los precios, las unidades vendidas, los costos de comercialización y las subvenciones e incentivos" https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf files/WHA72/A72 R8-sp.pdf

Organización Mundial de Comercio; Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública; Adoptada el 14 de noviembre de 2001

https://www.wto.org/spanish/thewto-s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm

obligatorias como lo ha hecho Chile, Canadá, Alemania, Israel por mencionar a algunos. El Perú debe seguir ese camino y aprobar las correspondientes normas específicas para facilitar el acceso a todas las herramientas necesarias para enfrentar el COVID 19.

f. Promover la competencia en el mercado de tecnologías sanitarias. El Gobierno Peruano debe fortalecer una política de genéricos, como una alternativa económicamente más conveniente para quienes pagan de sus bolsillos los medicamentos y para las instituciones, públicas y privadas, que ofrecen servicios médicos. El ingreso de productos genéricos al mercado farmacéutico amplía y profundiza la competencia y ofrece una plataforma más conveniente para la actuación estatal con el fin de llegar a precios justos.

La norma que obliga a las boticas y farmacias privadas a ofrecer productos genéricos es muy modesta: tiene vigencia sólo hasta diciembre del 2020 e incluye sólo un poco más de 30 medicamentos. No sólo se debe ampliar la vigencia de la norma y el listado de medicamentos sino concertar precios máximos.

Acelerar el registro de los biosimilares para ampliar la competencia en el mercado de medicamentos biotecnológicos es de suma urgencia para abaratar los tratamientos para diferentes tipos de cáncer y otras dolencias.

- g. Regulación de precios de los medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias esenciales. Los precios de los medicamentos no pueden imponerse de acuerdo a las expectativas de utilidades de los fabricantes y proveedores. El gobierno debe diseñar estrategias para contar con información actualizada de precios en países de referencia para los medicamentos y otras tecnologías sanitarias que significan un mayor peso financiero para los sistemas de salud. Esto debe ir acompañado con un sinceramiento de los procesos de fijación de precios de los fabricantes y proveedores para llegar a establecer precios justos y eficientes para los productos incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales y el Listado de otras tecnologías sanitarias necesarias.
- **h. Fortalecer la unidad de compras de medicamentos y vacunas del Ministerio de Salud.** El Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (CENARES) debe dar un salto adelante en sus capacidades para concertar precios apropiados a los medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales. La experiencia ganada por este organismo es útil para convertirla en el abastecedor de medicamentos para el sistema público de salud, hasta llegar al privado en fases futuras⁴⁵.

El CENARES debe fortalecer calificaciones para procesar data e información sobre diferentes aspectos del mercado de medicamentos tanto a nivel nacional como internacional: capacidad de producción, distribución, fabricantes y otros proveedores, precios, disponibilidad y oportunidad de tal modo que cuente con mayores alternativas para el abastecimiento de medicamentos en el país. Centralizar efectivamente las compras públicas para negociar precios más convenientes, asegurando la calidad y la disponibilidad oportuna de los medicamentos, vacunas, y otras tecnologías. Asimismo, fortalecer y ampliar las compras a través de la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF y otros organismos multilaterales que ofrecen precios ventajosos.

Lima, Julio 2020

En enero 2020, el gobierno chileno aprobó una ley mediante la cual el Centro Nacional de Abastecimiento (CENA-BAST) podrá convenir la venta de productos a establecimientos farmacéuticos privados, previa fijación del precio de venta al público. La data disponible muestra que las farmacias privadas pueden tener precios 70% menores que cuando negocian con los proveedores privados. CHILE: CENTRAL DE MEDICAMENTOS PROVEERÁ MEDICAMENTOS A SECTOR PRIVADO. En AlS noticias; 10.01.2020 http://www.aisperu.org.pe/nuestro-trabajo/noticias/item/112-chile-central-de-medicamentos-proveera-medicamentos-a-sector-privado

