

## El impacto y los propulsores de la exclusión farmacéutica como ejemplo de violencia estructural

The impact and inciters of pharmaceutical exclusion as an example of structural violence

JON GOMEZ GARMENDIA

Universidad de Barcelona

### PROCESO EDITORIAL ▶ EDITORIAL PROCESS INFO

Recibido: 30/10/2022

Aceptado: 20/05/2024

### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO ▶ HOW TO CITE THIS PAPER:

Gómez Garmendia, Jon (2022). El impacto y los propulsores de la exclusión farmacéutica como ejemplo de violencia estructural. *Revista de Paz y Conflictos*, Vol.15, pp. 237-251, DOI: <http://dx.doi.org/10.30827/revpaz.15.26412>.

### SOBRE LOS AUTORES ▶ ABOUT THE AUTHORS

Jon Gómez Garmendia es Graduado en Criminología por la Universidad del País Vasco y Doctor en Derecho y Ciencia Política por la Universidad de Barcelona. Firme defensor de una criminología crítica global, sus líneas de investigación se han centrado hasta ahora en el análisis de daños sociales y violencias estructurales estableciendo como límite epistemológico de sus investigaciones la memoria colectiva. Ha publicado sobre exclusión farmacéutica, teoría crítica y metodología feminista en revistas nacionales como internacionales y ha ejercido de profesor en el Grado de Criminología de la Universidad del País Vasco [kontracrimenes@gmail.com](mailto:kontracrimenes@gmail.com)

### Resumen

La reciente pandemia de la covid-19 evidenció una violencia estructural que lleva años invisibilizada o, al menos, socialmente banalizada. A octubre de 2022, en el continente europeo, un 69,42% de la población disponía de forma completa o parcial el protocolo inicial de vacunación. Porcentaje significativamente superior al 30,07% del continente africano. Este texto presenta esta inequidad en el acceso a medicamentos esenciales: la exclusión farmacéutica. Un objeto de estudio desarrollado en una tesis doctoral que tenía como objetivo la representación de esta violencia a través del estudio de caso de los acontecimientos producidos en Galicia entre 2013 y 2015 en torno a la exclusión de la población enferma de hepatitis C del tratamiento del Sovaldi. Un análisis de caso cuya metodología se fundamentó en entrevistas en profundidad con las personas afectadas. Dicho estudio permitió reafirmar que este caso fue un claro ejemplo de exclusión y terminó por anteponer el máximo lucro posible frente a la satisfacción de las necesidades humanas vitales. Una afirmación que la situación de la pandemia y las vacunas volvió a sacar a la luz e invita a reflexionar sobre el significado que damos a los medicamentos, a la enfermedad y, en definitiva, a nuestra propia vida.

*Palabras Clave:* Exclusión Social, Violencia Estructural, Medicamentos, Hepatitis C, Necesidades Humanas, Movimientos Sociales

### Abstract

The recent covid-19 pandemic has evidenced structural violence that has been invisible or, at least, socially banalized for years. By October 2022, on the European continent, 69.42% of the population had complete or partial access to the initial vaccination protocol. A significantly higher percentage than 30.07 per cent of the African continent. This text presents this inequality in access to essential medicines: pharmaceutical exclusion. An object of study developed in a doctoral thesis that aimed to represent this violence through a case study of the events produced in Galicia between 2013 and 2015 around the exclusion of the population with hepatitis C from the treatment of Sovaldi. A case analysis whose methodology was based on in-depth interviews with the people affected. This study allowed us to reaffirm that this case was a clear example of exclusion and ended up putting maximum profit

before the satisfaction of vital human needs. A statement that the situation of the pandemic and vaccines came to light again and invites us to reflect on the meaning we give to medicines, disease, and our own lives.

*Keywords: Social Exclusion, Structural Violence, Medicines, Hepatitis C, Human Needs, Social Movements*

## 1. Introducción

Tras más de dos años conviviendo con la pandemia de la covid-19, la inequidad en el acceso a las vacunas evidenció que la población mundial puede dividirse en dos categorías: aquellas y aquellos que importan y quienes no. Según datos aportados por *Our World in Data* (2022), a 23 de octubre de 2022, en Europa, un 69,42% de la población disponía de la pauta completa o parcial del protocolo inicial de vacunación. Una cifra un poco superior a la media mundial (68,40%) pero significativamente inferior al 30,07% de África. Y es que, mientras países como Canadá (88,12%), España (87,00%), Italia (85,83%), Japón (83,67%) o Francia (80,96%) tenían altos porcentajes, en Yemen (2,61%), la República Democrática del Congo (5,84%), Senegal (9,27%), Mali (11,22%) o Gabón (13,27%) las dosis fueron inferiores.

Esta situación llevó a grandes personalidades del panorama internacional como Winnie Byanyima (directora ejecutiva de ONUSIDA y secretaria general adjunta de las Naciones Unidas) a denunciar que esta desigualdad implicaba un *apartheid* mundial (Byanyima, 2021). Una violencia que puede interpretarse como una serie de actos que afectan las necesidades humanas básicas y disminuyen su “nivel real de satisfacción [...] por debajo de lo que es potencialmente posible” (Galtung, [1996]2003: 262).

El presente texto es fruto de una investigación realizada en una tesis doctoral defendida en la Universidad de Barcelona que llevaba como título “*La exclusión farmacéutica: Un análisis criminológico sobre el caso de la hepatitis C en Galicia*” (Gómez Garmendia, 2022). Investigación que tuvo como objetivo general representar el impacto y contextualizar los engranajes del problema a través de un análisis de caso. El caso de la hepatitis C en Galicia entre 2013 y 2015 donde, ante la aparición de un nuevo tratamiento más eficaz y con menos efectos secundarios que los anteriores, y en plena época de recortes presupuestarios, su administración y disponibilidad fue atrasándose.

Al respecto, son numerosos los estudios realizados en torno al ámbito de los medicamentos. Por ejemplo, su modelo de Investigación y Desarrollo (I+D) ha sido criticado, al igual que la falta de transparencia en los verdaderos costes de los ensayos o la situación de monopolio generada por el sistema de patentes (Moynihan y Cassels, 2005; Girona, Rovira y Homedes, 2009; Lamata Cotanda et al., 2017; Pignarre, [2003]2005; Angell, [2004]2006; Gøtzsche, [2014]2017). Aspectos a los que se añaden, en el otro lado de la moneda, el exceso en el acceso y su consumo. Un contexto donde se ha llegado a afirmar que los “medicamentos matan”, se fomenta la creación de nuevas enfermedades, se patologizan comportamientos y estilos de vida o se amplía el número de “clientes” que pueden consumir determinados fármacos (Hubbard, [2002]2006; Welch, Schwartz y Woloshin, 2011; Valls Llobet, 2010).

Sin embargo, ninguna profundizó en las experiencias y el impacto que esta problemática genera. Una oportunidad que este estudio toma en consideración intentando reflexionar sobre violencias sistémicas o estructurales a través de la denuncia, en concreto, de la *Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C* (PGAHC). Una tarea de denuncia dirigida a erradicar estas violencias o daños sociales poniendo en el centro la vida y la importancia de la equidad, solidaridad e interdependencia hacia la materialización de la paz.

## 2. La exclusión farmacéutica como no garantía del DAME

La exclusión farmacéutica puede ser definida como un proceso amplio y multidimensional que implica barreras en el acceso a medicamentos y es, en parte, el resultado de la acción u omisión de las instituciones responsables en la garantía del derecho al acceso a medicamentos esenciales, el DAME (Gómez Garmendia, 2021). Una violencia estructural, comprendida por el recientemente fallecido teórico de la paz, Johan Galtung, como el conjunto de acciones sistémicas e invisibles que operan por aquellos que tienen el poder ([1996]2003:20). Una violencia que, por cierto, lleva ocurriendo desde décadas atrás. A principios del siglo XXI, por ejemplo, un tercio de la población mundial no pudo ser tratada con ciertas medicinas. Porcentaje que, en comparación a datos de 1975, disminuyó, ya que en aquel entonces menos de la mitad de la población tenía acceso. Una inequidad que, a su vez, coincidía con las diferencias geográficas en regiones como África o Asia donde más de un 50% padecía de esta injusticia (OMS, 2004a).

A estas cifras se añade que en materia de gasto público en productos farmacéuticos, la diferencia entre los países con ingresos más altos y más bajos era cien veces superior. Según la OMS, el gasto medio por persona en los primeros fue de 400 dólares frente a los 4 de los segundos. Una diferencia significativa también a la hora de analizar la relación entre la producción de fármacos y su consumo: en aquel entonces el 15% población mundial consumía el 90% de la producción (OMS, 2004b).

Al respecto, al citar que el objeto de estudio implica la no garantía del DAME, cabe señalar que este es un derecho emergente adscrito al derecho a la salud. Una “emergencia” interpretada en el sentido en que un derecho confronta y se adapta a los desafíos y oportunidades de su entorno y este se caracteriza, según Chapman (2016: 2-3), por cuatro elementos:

- *tiene una articulación reciente en comparación a otros derechos que datan de los siglos XVII y XVIII.* El derecho a la salud (extrapolable al DAME) no fue reconocido en las Constituciones o Cartas Magnas hasta el siglo XX (México, 1917; URSS, 1918; República de Weimar, 1919; Segunda República española, 1931). Históricamente la enfermedad y las preocupaciones sanitarias se transformaron desde unas concepciones mágicas y sobrenaturales de los antiguos pueblos, a un ideario divino en la Edad Media o un firme cientificismo a partir de la Ilustración. Fue a partir de la Modernidad cuando este ámbito se convirtió en una preocupación *social* y comenzó a fomentar las primeras políticas públicas amplias por parte de los Estados con medidas como los seguros o cajas de enfermas y enfermos en la Alemania de 1884.
- *en un principio tuvo un reconocimiento limitado, pero con el paso del tiempo fue creciendo en posición y legitimidad.* El DAME adquirió reconocimiento a partir de la primera lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud en 1975. Unas listas de referencia para hacer frente a los problemas en el acceso a algunos medicamentos o al exceso de otros que había en algunos países. Por ejemplo, el ibuprofeno, el paracetamol o el ácido acetilsalicílico que son considerados *esenciales* o *salvavidas* porque “cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población” (OMS, 2004a: 1).
  - Desde entonces, el derecho al acceso a estas medicinas ha sido reconocido por parte de organismos e instituciones como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC, 2000), la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU, 2001) o la Asamblea Mundial de la Salud (AMS, 2001). Como muestra, la *Resolución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de 2015* marcó el camino al reconocer entre sus objetivos el acceso a medicamentos:

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

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

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

- *la interpretación del derecho y las obligaciones se han desarrollado de manera gradual.* Si el derecho a la salud se positivó en el siglo XIX y su reconocimiento (como el del DAME) se fue ampliando desde la década de los 70 del siglo XX, fue a partir del siglo XXI cuando su contenido, deberes y responsabilidades se fueron perfilando. En la Observación General n°14 del CDESC se describieron como elementos del derecho a la salud la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad (CDESC, 2000). Elementos que el Relator Especial centrado en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover (2008-2014), enriqueció a través de la definición de seis factores determinantes: la producción local de medicamentos (i), la aplicación de listas de medicamentos esenciales (ii), una adquisición transparente y eficiente (iii), un abastecimiento y una distribución eficiente (iv), la fijación de precios acorde a la capacidad de la población o los Estados para adquirirlos (v), su uso racional y apropiado (vi) y ser de calidad (vii) (AGNU, 2013). Asimismo, el antecesor de Grover, Paul Hunt (2002-2008), tras fracasar en el intento por conseguir compromisos con la Industria Farmacéutica en cuanto al fomento de responsabilidades en la garantía del DAME, publicó en 2008 un informe con 47 directrices destinadas a las empresas (AGNU, 2008). Entre ellas, se invitaba al compromiso por parte de la industria en el respeto de los derechos humanos, cumplir con criterios éticos, dar respuesta a las enfermedades olvidadas o involucrarse, en especial, por las necesidades de las y los niños, las personas con escasos recursos o las personas de la tercera edad.

Unos deberes que el propio CDESC (2000) también atribuyó a los Estados como:

- obligaciones inmediatas como el derecho a la no discriminación y la adopción de medidas para lograr el “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”;
- avanzar hacia su plena realización en la medida que el derecho a la salud implica una realización progresiva;
- en caso de aplicar medidas regresivas, justificar que se examinó el resto de las alternativas posibles; y
- respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud.

- *la implementación de las diversas dimensiones ha sido un proceso lento que se ha visto afectado por la lógica neoliberal.* La garantía del DAME, sin embargo, pese a su “sumergir”, se ha visto debilitada por políticas y cambios en la concepción social sobre los medicamentos. Y es que, si a principios del siglo XX estos fueron considerados un *bien social*, en la medida que fue protegiéndose su propiedad intelectual mediante patentes en distintos países, la lógica lucrativa convirtió estos procedimientos o tratamientos en bienes *de mercado*.

El emerger de la importancia y el reconocimiento de DAME surgió a partir de la década de los 90. Y es que en 1995 entró en vigor, a escala global, la obligación de proteger estos bienes bajo patentes durante una duración mínima de 20 años. Situación alentada por el *Acuerdo sobre los aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio* (más conocido como el *Acuerdo sobre los ADPIC*) que hasta el día de hoy ha favorecido el interés del Mercado y los países con mayor renta de ingresos.

Una última característica en torno a la emergencia en la que la investigación se centró en especial. Sobre todo, al establecer como unos de sus objetivos la contextualización de los ejes que favorecen esta dinámica de anteponer el lucro a la vida. Unos engranajes, elementos o poderes que se intentaron analizar sobre la siguiente clasificación:

- *poder económico*: este poder hace referencia al control que tienen ciertos subgrupos o instituciones sobre ciertos bienes. En este sentido, se refleja el poder de determinar quién puede acceder a ellos y quién no (Capella, [1997]2008: 29).
- *poder político*: los Estados quedan subordinados a los Mercados y a la gobernanza transnacional. Por ejemplo, tras el estallido financiero de 2008, pese al rescate de los Mercados, mediante políticas de austeridad y recortes, los objetivos se centraron en “estabilizar los mercados y hacer posibles las condiciones favorables a la acumulación del capital” (Brown, [2010]2015: 54).
- *poder cultural*: el poder simbólico que organiza la vida social en torno a ciertas expectativas e induce a las personas hacia el camino que parece ser “el correcto” (Capella, [1997]2008: 28).
- *poder jurídico*: en esta dinámica, el derecho termina por justificar y legitimar todas las acciones y consecuencias señaladas. El derecho genera y fomenta violencia en cuanto existe la implementación de una arquitectura de impunidad basada en el “derecho corporativo global” (Fernández Ortiz de Zárate, 2015: 28).

### 3. Metodología

El eje metodológico empleado en la investigación fue principalmente de carácter cualitativo. A lo largo de 2020, con la pandemia de por medio, se entrevistó en profundidad a 20 personas de la PGAHC con la finalidad de conocer, en su caso, el impacto de la exclusión farmacéutica. Unas entrevistas en profundidad que toman la *narrativa* como una forma que posee el ser humano para dar sentido a cierta experiencia (White y Epston, [1990]1993). Un acto vulnerable, un viaje a lo desconocido, lo misterioso y lo mágico que produce significado, aquello que encarna ser uno mismo o una misma (Valverde Gefaell, 2009: 77).

Al respecto, el perfil de las personas entrevistadas, 10 hombres y 10 mujeres, tenían en su mayoría entre 55 y 75 años. Una edad acorde a las causas de transmisión de la enfermedad de la

hepatitis C: las transfusiones de sangre, la hemodiálisis, los trasplantes de órganos, la hospitalización o la adicción a drogas parenterales. Causas que, en su mayoría, datan o se sitúan desde 1940 (con la expansión de la administración inyectable de fármacos con materiales desechables) hasta 1980-1990 (cuando se establecieron mayores medidas de control y seguridad higiénicas en los hospitales y en la gestión de la sangre).

Para ello, las líneas teóricas empleadas en la metodología se establecieron a partir de la fusión de dos ópticas: la *constelación ensayística de la vulnerabilidad* (Jornet Somoza, 2017) y el surgimiento y transformación de los conflictos y las disputas desde la sociología jurídica (Felstiner, Abel y Sarat, 1980). En cuanto al primero de ellos, este método se fundamentó en su origen en diferentes ensayos y obras literarias que representaban las poéticas del sujeto precario y su condición tras el estallido financiero de 2008. Un sujeto comprendido como figura del saber donde se intentó situar el relato en las condiciones históricas y la propia experiencia (Jornet Somoza, 2017: 163/179). Una dirección que fue representada por los siguientes elementos:

- La *aceptación de la vulnerabilidad* como punto de partida;
- La *voluntad de denunciar* ese daño subjetivado;
- La *construcción de un contrarrelato* que hiciera frente al discurso hegemónico; y
- Dar lugar a otras voces de afectadas y afectados con la finalidad de reflejar un problema común situado en la *interdependencia*.

La segunda línea metodológica de Felstiner, Abel y Sarat (1980: 635) se fundamenta en una propuesta basada en tres puntos que tienen la finalidad de representar las condiciones en las que las lesiones se percibían o pasaban desapercibidas y cómo las personas respondían a la experiencia de la injusticia:

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

Dos teorías que a la hora de aplicarlas en el objetivo de conocer el impacto de la exclusión farmacéutica en el caso de la hepatitis C en Galicia, tomaron la siguiente estructura de análisis:

- *Aceptar y nombrar*: las entrevistas semiabiertas se centraron en la experiencia de las personas afectadas con la transmisión del virus, su estigma, los tratamientos recibidos o los efectos secundarios padecidos. Una temática que en este apartado se centró en los acontecimientos posteriores a la exclusión del Sovaldi y, en especial, los inicios de la movilización de la plataforma a partir de diciembre de 2014, la lucha en común y la aceptación de la vulnerabilidad como personas enfermas que compartían experiencias, sufrimientos y objetivos comunes.
- *Denuncia y contrarrelato*: fase centrada en la denuncia de la exclusión farmacéutica y la movilización de la PGAHC mediante acciones mediáticas y de presión política como reuniones frente al Parlamento gallego, manifestaciones multitudinarias, recogida de firmas en hospitales, mociones en ayuntamientos o la presentación de una Proposición No de Ley en el Parlamento gallego con el fin de suprimir la Subcomisión que decidía qué pacientes merecían tratamiento y quiénes no.

- *Reclamación y reparación*: haciendo referencia a la expresión de petición de responsabilidad y remedio a aquella persona o entidad a la que se atribuyen los daños, esta fase se centró en la vía judicial abierta contra dos altos cargos del Servicio Gallego de Salud. Dos personas acusadas de prevaricación administrativa y homicidios por imprudencia grave profesional.
- *Resistencia, emancipación y aprendizaje*: finalmente, lejos de darle un rol pasivo a la figura de las víctimas, se fijó la idea de trascender de la concepción de un cuerpo sufriente a un proyecto cuerpo-idea donde se pudiera seguir el camino de la resistencia y emancipación (Arias Marín, 2012). En este sentido, el interés se centró, tras el acceso de la población enferma al tratamiento en abril de 2015, en la citada lucha judicial que finalizó en 2020, las tareas en informar a la población sobre la hepatitis C o solicitar el acceso al tratamiento a la población reclusa. Características a las que se sumó el aprendizaje adquirido en todo este proceso.

Una línea metodológica que, en síntesis, es acorde con la apuesta de *lo emocional* y apela a una colectividad, aquello que sentimos por las y los demás. Y es que, tomando en consideración la etimología de la palabra “emoción” (que proviene del latinismo *emotio*, proveniente de *emovere*, trasladar, mover, sacar), el estudio intentó navegar en aquello que nos une, mueve y conmueve (Ahmed, [2004]2015: 36).

Respecto a la contextualización de los engranajes del problema, la línea metodológica seguida fue variada. Por un lado, se entrevistó a dos profesionales sanitarios (pertenecientes a la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, la Plataforma SOS en Defensa de la Sanidad Pública de Galicia y la asociación Galega para a Defensa de Sanidade Pública) con la finalidad de conocer el estado del sistema sanitario gallego y poder situar el caso de exclusión de la hepatitis C. Una visión a la que siguió, por otro lado, la consulta de fuentes bibliográficas y medios de comunicación junto al análisis del caso judicial. Rasgos que definirán y establecerán los elementos definidos en torno a los poderes económicos, políticos, culturales y jurídicos.

#### 4. Resultados

Las entrevistas realizadas a las y los miembros de la PGAHC dispuestos a colaborar con la investigación demostraron que aunque la exclusión, jurídicamente, resultaba ser difícil de comprobar, ésta tuvo un gran impacto en sus vidas. De este modo, los resultados sobre los puntos metodológicos señalados fueron los siguientes:

- *Aceptar y nombrar*  
Las historias de vida de las personas enfermas evidenciaron que tener hepatitis C no fue nada sencillo. Por ejemplo, esta es una enfermedad silente donde sus síntomas son tardíos. Por ello, el diagnóstico en muchos casos se dio cuando la enfermedad se encontraba en un estado avanzado. A su vez, en los primeros años había desconocimiento sobre la misma, lo que llevó a mucha gente a esperar o no considerar su enfermedad un asunto grave: “ya que no había mucha solución también, durante un tiempo decidí no hacerle más caso al ‘asunto’” (Q.C.B.). Una decisión que, posteriormente, se unió también a los casos frecuentes de coinfección con el VIH. Por ello, “el VIH preocupaba bastante más, el otro lo tenías...” (R.A.M).  
Respecto a los tratamientos anteriores al Sovaldi, la biterapia del interferón con la ribavirina (con una tasa inferior al 50%), tuvo unos efectos secundarios “traumáticos”,

“brutales” y “salvajes” en aquellas y aquellos que decidieron tratarse o por su estado de salud no les quedaba más remedio que escoger “este mal o la propia muerte”. Unos efectos a los que se sumó la pérdida de peso, por ejemplo, en el caso de dos de las personas entrevistadas de 48 a los 36 kg o de los 85 a los 69 kg.

A su vez, estos tratamientos tuvieron efectos en la salud mental de las personas y muchas reconocieron tener mal humor durante el tratamiento: “empecé el tratamiento el día de difuntos, noviembre fue horroroso, diciembre peor, me metí en este apartamento yo sola, eché a todo el mundo [...] Llegué a pensar mal de todo el mundo, llegué a tener ganas de suicidarme” (C.B.G.).

No obstante, con algún que otro tratamiento de por medio (con una tasa de efectividad cercana al 70%), hace más de una década, en 2013, apareció el Sovaldi. Un tratamiento que supuso un hito en el mercado farmacéutico porque curaba o negativizaba el virus con una tasa de eficacia superior al 90%. Además, esta no tenía la brutalidad en efectos secundarios de las anteriores. En cambio, se comercializó con un precio muy alto. En Estados Unidos un tratamiento de 12 meses tuvo el precio de 84.000 dólares. Por este motivo, lo que resultó ser un “momento de alegría esperanzadora” para la población enferma que estaba a la espera de nuevos tratamientos, llevó a muchas administraciones públicas a no ponerlas en disponibilidad o limitar su adquisición.

En este sentido, a la población enferma no le quedó más remedio que movilizarse. La PGAHC comenzó su andadura el 1 de diciembre de 2014 en el Hotel Junquera de Vigo. Una reunión con menos de una docena de personas que llevó a muchas a aceptar su vulnerabilidad y su enfermedad: “estábamos todos en lo mismo, a mí la asociación me dio la vida [...] yo iba muy insegura y vi que ellos estaban igual que yo, y entre todos vi la esperanza, vi que podíamos hacer algo, vi que si me moría no iba a estar sola, y vi que cada uno contaba lo suyo y todos teníamos lo nuestro, pero que todos podíamos ir por un camino” (C.B.G.).

Por su parte, el 5 de enero de 2015 se celebró el primer acto y la primera asamblea en Santiago de Compostela. La primera vez en la que muchas y muchos enfermos se vieron las caras y compartieron sus historias. Un momento “de una intensidad emocional brutal”, donde, con sus palabras: “lo que comprobamos todos (que fue muy liberador para todos, yo creo) fue comprobar la carga de dolor que cargábamos sin compartirlo con nadie” (X.A.D.).

- *Denuncia y contrarrelato*

A partir de este momento inició la lucha común por el acceso al tratamiento del que habían sido excluidas y excluidos. Por ello, mientras que la Plataforma madrileña (junto a la de otras regiones) optó por protestas realizadas a través de encierros en los hospitales, en Galicia se optó por la presión política y acciones mediáticas. De esta manera, pese a las condiciones meteorológicas o su estado de salud, las y los enfermos se congregaron los días de pleno frente al Parlamento Gallego. Por ejemplo, esta fue una experiencia un día de invierno frente a la Delegación de Sanidad: “yo no sé dónde nos salió la fuerza [...] cómo teníamos la capacidad de estar en Santiago a las 9 de la mañana, lloviendo chuzos de punta, todos empapados que no nos podíamos meter en ningún sitio” (F.P.P.).

Mismas condiciones en las que se encontraba una persona afectada (trasplantada dos veces del hígado y en situación extremadamente grave) que acudió a la multitudinaria manifestación celebrada en Santiago de Compostela el 1 de marzo de 2015 bajo el

lema “Medicamentos para tod@s”: “a mí me llevaban, de conducir, nada [...] el día de Santiago estuvimos andando por allí, buf... me costó... no tenía fuerza ni nada, estaba en las últimas, vamos...” (E.L.A).

Además, hubo una Subcomisión en Galicia que decidía qué pacientes merecían tratamiento y quiénes no. Una barrera en el acceso, según las personas enfermas, por la que decidieron presentar una Proposición No de Ley en el Parlamento solicitando su eliminación y que dejaran el criterio del tratamiento en manos de sus profesionales de salud. Una proposición que, en un inicio, se creía que saldría adelante con la abstención del grupo político que gobernaba pero que, sin embargo, no fue así.

A costa de ello, las afectadas y afectados (invitadas a la tribuna por grupos de la oposición) terminaron siendo expulsados del hemiciclo tras exaltar y gritar a las y los diputados “¡Asesinos, sinvergüenzas!”. Un rechazo por el cual, días después, llevó a la PGAHC a publicar los nombres secretos de los miembros de esa Subcomisión. Nombres entre los que, para sorpresa de todas y todos, se encontraban la de las y los propios facultativos de muchos pacientes: “había digamos como una sensación de pérdida de confianza [...] los pacientes que tenían a sus médicos dentro de la comisión decían ‘bueno, muy bien, tú eres mi médico, yo siempre he confiado en ti, no pongo en cuestión tus conocimientos como médico, pero ahora me estas denegando un tratamiento y esta decisión tuya, en concreto, no la comparto’” (X.A.D.).

- *Reclamación y reparación*

En una línea alejada pero vinculada al impacto de la exclusión en la población enferma, en 2015 el colectivo Batas Blancas (asociación compuesta por profesionales relacionados con la medicina y que conocían la situación de las y los enfermos) se querelló con el Servicio Gallego de Salud. Un camino que contó con el apoyo de la Fiscalía y se inició en enero de 2016 hasta diciembre de 2020. Un proceso de instrucción (previo al juicio oral) que se celebró en el Juzgado de Instrucción Sección tercera de Santiago de Compostela y tuvo como investigado e investigada a dos altos cargos (el director general de asistencia sanitaria y la subdirectora general de farmacia).

Un proceso largo y lento que se archivó por distintos motivos (a los que haremos referencia en el apartado de discusiones) sin conseguir la reparación que desde la PGAHC se perseguía. Una reparación que, lejos de querer “meter a alguien en la cárcel”, se centró en el *reconocimiento* por parte de las y los involucrados que las cosas se hicieron mal y por ello, llegó a morir gente:

*“meter en la cárcel no va a devolver la vida a nadie, ni va a resolver el dolor que padecían los familiares de las víctimas, eso es irremediable. Nuestro objetivo es que se abra Juicio oral para que se conozca socialmente la verdad de cómo se hicieron las cosas y de lo que aconteció realmente, más allá del reproche penal que puede haber. [...] Entonces, no se trata de una venganza, no se trata de meter a nadie en la cárcel, no se trata de sentirse “resarcidos”. Se trata de una reparación a través del conflicto de la verdad”* (Q.C.B.).

- *Resistencia, emancipación y aprendizaje*

La movilización y el proceso de denuncia iniciado en diciembre de 2014 dio sus frutos a partir de abril de 2015. A nivel estatal se puso en marcha un Plan Estratégico para,

por fin, poner el Sovaldi a disposición de la población enferma. Acontecimiento que llegó tarde, pero, gracias a la alta tasa de efectividad del fármaco, comenzó a negativizarlo. Un hecho que llevó a mucha gente de la PGAHC a salir de la plataforma por distintos motivos como el cansancio producido por la movilización, la “libertad” de vivir sin el “bicho” (tal y como las y los enfermos le llamaban al virus) o alejarse de los malos recuerdos de dicha experiencia. Sin embargo, otras personas decidieron continuar por “obligación moral”. Por ejemplo, en lo que respecta a la exclusión farmacéutica del Sovaldi, la PGAHC se movilizó para garantizar su acceso a la población reclusa de Galicia a la que todavía no había llegado el tratamiento.

Por su parte, tras negativizar el virus, el significado de la enfermedad y la vida cambió para las y los enfermos: “muchas gente dice ‘¡qué mala suerte tuviste!’... ¡No! yo me considero muy afortunada, tuve mucha suerte, porque pasar todo lo que pasé y estoy aquí y lo puedo contar es un privilegio para mí” (J.M.O.); “Una vez que me curé de la hepatitis, de repente, me di cuenta de que no estaba cansada y no estar cansada es como si te quitan, no sé cómo explicarlo, una losa de encima de la cabeza, literalmente. A nivel emocional ¡el cambio es alucinante! No tiene nada que ver” (X.A.D.).

En conclusión, las y los protagonistas de esta historia se llevaron como aprendizaje que la movilización social resulta ser más positiva que ir por libre; la solidaridad garantiza el respeto por los derechos humanos; la unión hace la fuerza y las personas con mayor poder adquisitivo (en su mayoría) no van a luchar por la sanidad pública; o que no eran culpables de su situación (como les hicieron creer) y escondiéndose no se pueden obtener los resultados que se desean.

## 5. Discusión

Los resultados validan que el caso de la hepatitis C en Galicia se trata de una exclusión farmacéutica. Una exclusión amplia y multidimensional que abarca múltiples acciones, relaciones transnacionales y diversos actores. Así, se ha podido comprobar sobre el caso de estudio que el no acceso al Sovaldi tuvo un impacto en la vida de las personas enfermas. Situación que las llevó a movilizarse, denunciar y luchar para obtener el medicamento y garantizar el DAME. Por ello, podría afirmarse que esta investigación, como objeto de denuncia y defendiendo la metodología de “lo emocional”, se centró en las vías para erradicar conflictos sistémicos y caminar hacia la equidad, el respeto de los derechos humanos y la interdependencia.

Pero, más allá de este posicionamiento, los resultados obtenidos demostraron cuáles fueron los poderes o ejercicios de poder que se encontraban detrás de esta violencia:

- *Poder económico*

Haciendo referencia al poder de control de subgrupos o instituciones sobre ciertos bienes y la posibilidad de determinar qué hacer con ellos, una representación habitual suele ser aquella que compara los ingresos de determinadas empresas con el Producto Interior Bruto (PIB) de diversos países. Como ejemplo, en la lista *Global 500* de 2022 que engloba a 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) y Argentina (630,70) (Fondo Monetario Internacional, 2022).

Una situación donde la Industria Farmacéutica se ve beneficiada en cuanto es uno de los grandes sectores del 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 o Apple (23,56% frente a un 7,72%) (AAJM, 2018).

Un poder, el de las farmacéuticas, que se demostró a la hora de implementar de manera global la protección de propiedad intelectual de los productos y procedimientos farmacéuticos. Tras la segunda posguerra, un grupo de empresarios (entre los que se encontraba Pfizer) se unieron para proponer un lugar relevante a la protección intelectual en el proceso de liberalización del comercio. Una dirección que llevó a estas entidades a iniciar un cabildeo señalando que era necesario liberalizar las denominadas “oportunidades de inversión” (Drahos y Braithwaite, 2002: 68). El citado *Acuerdo sobre los ADPIC* de 1994-1995 fue uno de los resultados más palmarios.

Desde entonces, el sistema de patentes ha sido defendido por fomentar la competencia entre las empresas. Se considera un “coste” que los precios que salen al mercado sean más altos que los de producción. Sin embargo, se establecen para obtener un beneficio: mayores tasas de innovación y la recuperación de lo invertido (Lamata Cotanda et al., 2017: 28). En el caso de estudio, el tratamiento del Sovaldi se comercializó en Estados Unidos por 84.000 dólares. Un precio fijado por la corporación Gilead que no era acorde con su coste de producción: cada pastilla costaba 1.000 dólares, aunque su precio de producción era de 1 dólar (Wyden y Grassley, 2015).

- *Poder político*

La idea de este poder se vincula con la sumisión de los Estados. Una situación que tras el estallido de 2008 se demostró con las políticas de austeridad. Al respecto, el gasto sanitario público consolidado sufrió de considerables los descensos entre 2011/2012 (un 5,7%) y 2012/2013 (un 3,7%) (Ministerio de Sanidad, 2021). Específicamente, se hizo creer a la sociedad que de 2009 a 2016 el gasto farmacéutico se redujo en un 3,8%. Una reducción que, sin embargo, con medidas como la implementación del copago o la exclusión de medicamentos de la prestación pública, ésta llegó a aumentar un 5% repercutiendo en el gasto familiar (Lamata Cotanda, 2020: 133-134). Es decir, las medidas públicas por no invertir en ciertos medicamentos repercutieron en los individuos.

En cuanto a la representación de este poder sobre el caso de la hepatitis C, cabe decir que el *Acuerdo sobre los ADPIC* no se ejecuta a sí mismo, sino que son los Estados quienes deben respetarlo o aplicarlo. Según los artículos 27 y 31, los Estados tienen la opción de excluir patentes cuando haya que proteger “el orden público o la moralidad, inclusive para proteger la salud o la vida de las personas o de los animales o para preservar los vegetales, o para evitar daños graves al medio ambiente” (art. 27.2) o aplicar flexibilidades en casos de emergencia nacional, circunstancias de extrema urgencia o casos de uso público no comercial (art. 31.b).

Por ello, resulta necesario preguntarse qué papel tuvieron los Estados ante la crisis del Sovaldi y sus repercusiones sobre las afectadas y afectados, por qué no se excluyó al Sovaldi de protegerla mediante patentes o por qué no se aplicaron las flexibilidades para poder adquirir o fabricar genéricos más baratos. Unas cuestiones que tienen respuesta: la superioridad del poder económico. Por ejemplo, las amenazas arancelarias o los mecanismos de exclusividad como la de datos, de mercado y de

comercialización responden a los intereses de las grandes corporaciones y dificultan la toma de decisiones de muchos países.

- *Poder cultural*

Este elemento del poder se centra en el poder simbólico de inducir a la sociedad determinado camino. En materia farmacéutica, las corporaciones centran su esfuerzo en controlar el discurso mediante la orientación de médicos, profesionales sanitarios, sociedades científicas o revistas (Lamata Cotanda et al., 2017: 160). Como ejemplo, Gøtzsche analizó los conflictos de interés surgidos en las revistas. Así, el danés 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 fármacos comparados. No obstante, en el resumen se afirmaba que este medicamento era una “alternativa adecuada” ([2014]2017: 116). Asimismo, una de las estrategias para justificar y legitimar el camino de las políticas públicas consiste en presentar los impactos negativos como actuaciones aisladas y extraordinarias. En el caso de estudio, durante un almuerzo informativo realizado por *El Mundo* en abril de 2016, el entonces presidente de Galicia, Alberto Núñez Feijóo, utilizó esta vía a la hora de negar que las políticas de austeridad tuvieran relación con la querrela presentada: “Si no recuerdo mal, son dos médicos los que han denunciado esto. Me parece un disparate. El 99% de los pacientes han sido tratados. Por esa denuncia que afecta a dos o tres pacientes no me parece lógico hacer esa relación” (Precedo, 2016).

- *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).

Una ley que separa un “derecho fuerte” y uno “débil” donde los *Acuerdos de los ADPIC*, en nuestro caso, se terminaron por anteponer al derecho a la salud y al DAME. Por ejemplo, en Galicia, el juez de instrucción decidió sobreestimar el caso y no abrió juicio oral alegando que “el fallecimiento sobrevino por causas ajenas a su pretendida demora, omisión o dilación en la tramitación de las peticiones”. Argumento al que acompañó la justificación de no perseguir la exclusión farmacéutica por parte del derecho penal porque:

*“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, [...] 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.” (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Auto de Resolución 20119/2015)*

Es decir, en la línea de una violencia estructural, resulta difícil relacionar una correlación entre la falta de medicamentos y las muertes de las y los enfermos. Tal y como citaba el informe pericial realizado por el Instituto de Medicina Legal de Galicia en el auto de archivo: “el cuadro clínico de esta paciente era tan grave que la administración del tratamiento [...] unos meses antes de su administración, no hubiesen podido evitar el resultado final que tuvo” (Juzgado de Instrucción nº3 de Santiago de Compostela, Auto 14/2019). Una actuación a la que se suma la consideración del derecho a la salud (extrapolable al DAME) en una “obligación de medio”. Es decir, un mandato, no una obligación a cumplir por parte de la Administración.

En definitiva, se observa como tendencia que el poder económico *acciona*, el poder político *acepta*, el poder cultural *induce* y *normaliza* y el poder jurídico *legitima* que las injusticias estructurales se produzcan. Como resultado, parece que nos encontremos en una dinámica que no tiene final. La rueda sigue y sigue girando y no terminará de parar, hasta que no se establezcan mecanismos de control en las relaciones del poder económico y político, se deje de un lado la razón instrumental que vuelve a la sociedad en un animal que gira la rueda y no se queja o se ponga fin a la ley del mercado, reconociendo que el derecho reproduce la violencia que pretende evitar y legitima la lógica del lucro por delante de nuestras vidas y nuestras propias necesidades vitales.

## 6. Conclusiones

En este estudio se intentó demostrar tanto el impacto como los propulsores del no acceso a los medicamentos esenciales. Una investigación que tomó como caso de estudio los sucesos ocurridos entre 2013 y 2015 en torno a la hepatitis C en Galicia. Al respecto, se considera que de manera empírica pudo demostrarse el primero de los objetivos: que el no acceso al Sovaldi supuso una gran repercusión en la historia de vida de las personas enfermas. No obstante, a causa del carácter indirecto e invisible del problema, conseguir y conocer cuáles eran sus engranajes resultó ser más complicado. De allí que este trabajo tenga limitaciones pero haya intentado profundizar en esta vertiente estructural.

Como muestra, la situación con la pandemia de la covid-19 llegó a reflejar la misma situación de exclusión a una magnitud superior. Tanto el acaparamiento inicial de los países más ricos con más de la mitad de las vacunas, la inequidad en la administración, la elección de proteger medicamentos mediante patentes para combatir un problema global o vender las dosis a precios superiores al coste real parecen demostrar, tal y como decía Byanyima, que nos encontramos ante un *apartheid*. Una situación que como seres interdependientes nos repercute queramos o no queramos.

Descritos estos sucesos, aún queda la tarea de denunciar estas exclusiones y reivindicar, como lo hicieron desde la PGAHC, que las necesidades vitales necesitan ser satisfechas y, en la dirección de la paz, la movilización por la garantía de los derechos humanos es fundamental. De esta manera, como comentaban desde la plataforma, aún queda mucho trabajo en el ámbito del conflicto de la verdad.

## Referencias Bibliográficas

- AAJM (2018) Las ganancias de las empresas farmacéuticas triplican las de las 10 empresas más grandes de otros sectores. Madrid, Asociación Acceso Justo al Medicamento.
- AGNU (2001) *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. A/RES/S-26/2.
- AGNU (2008) *Nota del secretario general*. Nueva York, Asamblea General de Naciones Unidas. A/63/263.
- AGNU (2013) Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, relativo al acceso a los medicamentos. Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. A/HRC/23/42.
- AGNU (2015). 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York, Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/70/1.
- Ahmed, Sara ([2004]2015) *La política cultural de las emociones*. México D.F., Centro de Investigaciones y Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- AMS (2001) *Ampliación de la respuesta al VIH/SIDA*. Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. WHA54.10.
- Angell, Marcia ([2004]2006) La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto. Barcelona, Norma.
- Arias Marín, Alán (2012) Teoría crítica y derechos humanos: hacia un concepto crítico de víctima. Nómadas. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, núm. 4.
- Brown, Wendy ([2010]2015) *Estados amurallados, soberanía en declive*. Barcelona, Herder.
- Byanyima, Winnie (6 de febrero de 2021) “Estamos ante un apartheid mundial de vacunas: la vida de las personas debe estar por encima de los beneficios”. Recuperado de: [https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/apartheid-mundial-vacunas-vida-personas-delante-beneficios-economicos\\_129\\_7184652.html](https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/apartheid-mundial-vacunas-vida-personas-delante-beneficios-economicos_129_7184652.html) (consultado el 30 de octubre de 2022)
- Capella, Juan Ramón ([1997]2008) *Fruta prohibida*. Una aproximación histórico-teórica al estudio del derecho y del estado. Madrid, Trotta.
- CDESC (2000) Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Núm. 14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra, Naciones Unidas. E/C.12/2000/4.
- Chapman, Audrey R. (2016) *Global Health. Human Rights and the Challenge of Neoliberal Policies*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Drahos, Peter y Braithwaite, John (2002) *Information Feudalism: Who Owns the Knowledge Economy?* Londres, Earthscan Publications.
- Fernández Ortiz de Zárate, Gonzalo (2015) Alternativas al poder corporativo: bosquejo de un marco de referencia para la disputa del conflicto capital-vida. *Lan Harremanak*, núm. 33, pp. 16-52.
- Fondo Monetario Internacional (2022) “GDP, Current prices”. Recuperado de: <https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPD@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD/WBg> (consultado el 30 de octubre de 2022).
- Fortune (2022) “Global 500”. Recuperado de: <https://fortune.com/global500/2022/search/> (consultado el 30 de octubre de 2022).
- Galtung, Johan ([1996]2003) *Paz por medios pacíficos*. Paz y conflicto, desarrollo y civilización. Bilbao, Bakeaz.
- Girona, Lourdes, Rovira, Joan y Homedes, Núria (eds.) (2009) *Medicamentos. Entre la salud y el mercado*. Barcelona, Icaria.

- Gómez Garmendia, Jon (2021) Exclusión farmacéutica: aproximación a un debate conceptual en torno al problema del no acceso a medicamentos esenciales. *Revista Acceso Justo al Medicamento*, núm. 7, pp. 12-16.
- Gómez Garmendia, Jon (2022) La exclusión farmacéutica. Un análisis criminológico sobre el caso de la hepatitis C en Galicia. Barcelona, Universidad de Barcelona.
- Gøtzsche, Peter C. ([2014]2017) Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud. Barcelona, Los libros del Lince.
- Hubbard, Bryan ([2002]2006) *Secretos de la industria farmacéutica*. Barcelona, Terapias Verdes/Navona.
- Lamata Cotanda, Fernando et al., (eds.) (2017) *Medicamentos: ¿derecho humano o negocio?* Madrid, Díaz de Santos.
- Lamata Cotanda, Fernando (2020) 4. Financiación sanitaria: suficiencia, distribución justa y eficiencia en el gasto. En Sabando, Pedro, Torres-González, Francisco y Lamata, Fernando (Coords.), *El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y desafíos de futuro*, Madrid, Díaz de Santos, pp. 121-169.
- Ministerio de Sanidad (2021). “Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)”. Recuperado de: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm> (consultado el 30 de octubre de 2022).
- Moynihan, Ray y Cassels, Alan (2005) Medicamentos que nos enferman e industrias farmaceuticas que nos convierten en pacientes. Barcelona, Terapias Verdes/Navona.
- OMS (2004a) Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2004b) Estrategia Farmacéutica de la OMS 2004-2007: lo esencial son los países. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. WHO/EDM/2004.2.
- Our World in Data (2022) “Coronavirus (COVID-19) Vaccinations”. Recuperado de: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (consultado el 30 de octubre de 2022).
- Pignarre, Philippe ([2003]2005) *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona, Gedisa.
- Precedo, José (18 de abril, 2016). “Feijóo: ‘Por dos o tres pacientes, no me parece lógico relacionar esas denuncias con la austeridad’”. Recuperado de: [https://www.eldiario.es/politica/fejoo\\_1\\_4051953.html](https://www.eldiario.es/politica/fejoo_1_4051953.html) (consultado el 30 de octubre de 2022)
- Valls Llobet, Carme (2010) “La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la interioridad”. *Aquelitas, Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, núm. 26, pp. 38-45.
- Valverde Gefaell, Clara (2009) Los pacientes sangran historias: un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos. *Norte de Salud Mental*, núm. 34, pp. 75-84.
- Welch, H. Gilbert, Schwartz, Lisa M. y Woloshin, Steve (2011) *Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health*. Londres, Beacon Press.
- White, Michael y Epstein, David ([1990]1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, Paidós.
- Wyden, Ron y Grassley, Chuck (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> (consultado el 30 de octubre de 2022).