

Dr. Joan-Ramon Laporte Roselló, en av Spanias fremste eksperter på legemiddelovervåking, dukket opp 7. februar i den spanske kongressen:

"De såkalte Pfizer- og Moderna-mRNA-vaksinene er ikke ekte vaksiner. De er medisiner basert på en teknologi som aldri har vært brukt i terapi før nå. Denne massevaksinasjonen er et globalt eksperiment uten presedens i menneskehetens historie."

Han sier også at det ikke finnes noe som tyder på at de eksperimentelle injeksjonene hjelper til med å redde liv iforhold til Omicron. Tredje og fjerde dose er på ingen måte berettiget. Soleklart ingen behandling rettferdiggjort for barn og ungdom.

07.02.2022 Laporte Roselló, i kongressen for varamedlemmer: "Nei, mine damer og herrer, kliniske studier har ikke vist at 'vaksiner' redder liv"

-«De såkalte Pfizer- og ModeRNA-vaksinene er ikke ekte vaksiner. De er medisiner basert på en teknologi som aldri har vært brukt i terapi før nå. Massevaksinering er et globalt eksperiment uten presedens i menneskehetens historie.

-Laporte Roselló, i kongressen for varamedlemmer: "Nei, mine damer og herrer, kliniske studier har ikke vist at 'vaksiner' redder liv"

-«De såkalte Pfizer- og ModeRNA-vaksinene er ikke ekte vaksiner. De er medisiner basert på en teknologi som aldri har vært brukt i terapi før nå. Massevaksinering er et globalt eksperiment uten presedens i menneskehetens historie.

-Joan-Ramón Laporte Roselló deltok i går i granskingskommisjonen (om håndtering av vaksiner og vaksinasjonsplanen, invitert av Podemos og PSOE. Mens media ignorerer ham eller behandler ham som eksentrisk - å dukke opp etter anmodning fra partiene i regjeringen er heldig i dette tilfellet—, videoen av intervensjonen hans forblir tilgjengelig og er absolutt uvurderlig. Talen som er mest i strid med den offisielle fortellingen som ble holdt i en statlig institusjon siden alt dette begynte. (Full transkripsjon av intervensjonen).

-I motsetning til de som angivelig gir råd til Executive, er Laporte en ekspert. Faktisk eksisterer det. Doctor of Medicine, uten interessekonflikter knyttet til farmasøytisk industri eller medisinsk utstyr. For tiden æresprofessor ved det autonome universitetet i Barcelona. Han var tidligere en pioner innen legemiddelovervåking i Spania, promotør av den spanske legemiddelovervåkingstjenesten på 1980-tallet. Han var også direktør for koordineringssenteret for det spanske legemiddelovervåkingssystemet og medlem av den nasjonale legemiddelovervåkingskommisjonen frem til opprettelsen av det spanske legemiddelkontoret i 1999 Fra den datoen til i dag har han vært ekstern ekspert ved institusjonen og for en tid medlem av dens rådgivende råd. Utenfor Spania var Laporte president for komiteen for essensielle medisiner i Verdens helseorganisasjon i 2004, blant en rekke ansvarsstillinger. Han er nå ekstern ekspert for det europeiske legemiddelkontoret på legemiddelovervåking.

"ET GLOBALT EKSPERIMENT"

-Hele budskapet hans var fokusert på samarbeidet mellom offentlige myndigheter og de store farmasøytiske selskapene, med spesiell oppmerksomhet til sistnevntes rolle. Det første trinnet var å avklare kommisjonens sentrale problemstilling: «Akkurat som tradisjonelle vaksiner er svekkede bakterier eller deler av dem som stimulerer

immunsystemet, introduserer messenger RNA-vaksiner en nukleinsyre som gir instruksjoner til cellene til den vaksinerte personen slik at de produserer dette proteinet av viruset, det såkalte spikeprotein, som igjen vil stimulere immunsystemet ». For å spesifisere definisjonen: «De såkalte Pfizer- og Moderna-vaksinene er ikke ekte vaksiner. De er medisiner basert på en teknologi som aldri har vært brukt i terapi før nå. Massevaksinasjon er et globalt eksperiment uten presedens i menneskets historie."

-En test forut for kliniske studier av Pfizer (43 000 deltakere, hvorav bare fem var over 85 år) og Moderna. I den første ble 14 dødsfall fra viruset registrert i placebogruppen og 15 i den vaksinerte gruppen — ja — mens i den andre skjedde det samme antall dødsfall, 14 i hver av de to gruppene. «Nei, mine damer og herrer, kliniske studier har ikke vist at «vaksiner» redder liv».

-Resultater like slående og viktige som på samme tid ubetydelige sammenlignet med all informasjonen som Pfizer og FDA (Food and Drug Administration i USA) ble enige om å holde konfidensiell i 75 år, og som takket være en føderal dommer de må offentliggjøres i løpet av en periode på måneder.

VITENSKAPELIGE SANNHETER OM SÅKALTE VAKSINER

-For Laporte og hans forskerteam var en av de største usikkerhetsmomentene varigheten av den forebyggende effekten av vaksinen ved analyse av de aktuelle legemidlene. I denne forbindelse bekreftet de at "etter seks måneder av den andre dosen, reduseres effekten fra 20% til 30%, men det er merkelig at i stedet for å legge merke til dette faktum som en mangel på vaksinene, ønsket produsentene dette velkommen. nyheter med økninger i aksjekursen deres. Hvis et produkt er ineffektivt eller delvis effektivt, vil det være nødvendig å gjenta doser om mulig gjennom hele livet. Drømmen om enhver selger av medisiner for kolesterol, osteoporose eller hårvekst.

-Et annet viktig spørsmål var om inokuleringen ville forhindre smitte. Ifølge Laporte, «er det klart at vaksiner ikke hindrer overføring av sykdommen, så passet eller sertifikatet manglet et vitenskapelig grunnlag og kan også ha bidratt til en økning i antall tilfeller, siden det ga en falsk følelse av trygghet. "

-Når de forrige ble klart løst, var den andre usikkerheten de uheldige effektene av de analyserte medikamentene. Foredragsholderen refererte til "problemet med myokarditt og perikarditt", som "vi først ble fortalt at forekomsten kunne være ett tilfelle per million; anslaget ble senere senket til ett tilfelle per 100 000; så kom det ut en israelsk studie som snakket om ett tilfelle per 10 000 hos unge voksne. Deretter spurte han de tilstedeværende representantene: «Du vil ha sett eller hørt om kjente fotballspillere og til og med tilskuere av sportsbegivenheter som kolliderer midt i kampen. De er vaksinerte mennesker som har hjerteproblemer som muligens kan tilskrives vaksinasjon, og de snakker ikke om det."

SYKEHJEMSDØDELIGHET OG SPEDBARN SINOKULERING

-Når det gjelder vaksinasjonskampanjen, fokuserte Laporte på dødelighet blant eldre og inokulering av barn og unge. Først henviste han spesielt til det som skjedde på sykehjem, hvor forekomsten av epidemien var ødeleggende, spesielt i begynnelsen, og «dødeligheten var 57 ganger høyere enn i befolkningen generelt» og nådde en dødelighet på mellom 9 % og 10 %. Når det gjelder barne- og ungdomsvaksinasjon, uttalte forskeren at «sannsynligvis i disse gruppene ender vi opp med å vite at vaksiner forårsaker flere dødsfall enn sykdommen». I følge data fra

helsedepartementet døde 52 barn under 20 år av viruset i Spania i 2020, hvorav "sykdommene til de 10 første var kjent, men senere på grunn av konfidensialitetsproblemer og andre, ikke mer spesifikke data ble gitt. Av de 10 første hadde alle unntatt én svært alvorlige sykdommer: de hadde blitt transplantert, de hadde beinmargstransplantasjoner, de hadde leukemi.

"KOMMERSIELL MEDISIN"

-Uten tid til å ta opp immaterielle rettigheter til de såkalte vaksinene, mot slutten av talen sin, snakket Laporte om fremskrittene i den farmasøytiske industrien, hvorav de aller fleste er unødvendige kjemiske forbindelser: «Av alle legemidler godkjent i I de siste 20 årene i USA og EU, anslås det at mindre enn 2 % var ekte terapeutiske innovasjoner. Opptil 10 % var en beskjeden forbedring, men de andre 90 % er ingenting, søppel som bare skaper forvirring og høyere priser.

-Ifølge forskeren har de siste to årene vist «manglen på vilje til det nasjonale helsesystemet til å være en sann produsent av kunnskap og ikke bare en passiv mottaker av meldinger med klare kommersielle intensjoner. En uvitende kjøper av teknologi som ofte betaler røyk til gullprisen.

-Før han sa farvel, påpekte han at «Spania er det mest tillatende medlem av EU når det gjelder interessekonflikter og ugjennomsiktige forhold mellom helsepersonell og farmasøytiske selskaper, noe som også forekommer med medisinske foreninger og deres eksperter». Og han delte sin overraskelse fordi "ingen av de tilsynelatende representantene for profesjonelle selskaper hentydet til interessekonfliktene til flertallet av spanske medisinske foreninger, medlemmene av styrene deres og arbeidsgruppene deres", også, og adresserte de fremmøtte, «det har også slått meg at dere ikke vil spørre om interessekonflikter».

-Fra og med i dag vil Joan-Ramón Laporte Roselló bli ignorert og fornærmet av de vanlige mediene. For en gangs skyld går en ekspert inn på Deputertkongressen...

Full Transkripsjon av intervensjonen til Joan-Ramón Laporte Roselló i kongressen for varamedlemmer den 07.02.2022

Full intervensjon fra forskeren i forskningskommisjonen for håndtering av COVID-vaksiner og vaksinasjonsplanen i Spania.

Damer og herrer:

Jeg takker denne kommisjonen for invitasjonen til å møte opp for å kommentere aspekter knyttet til vaksinasjonskampanjen mot covid-19 i Spania.

Først av alt vil jeg presentere meg selv. Jeg startet FV i Spania og SEFV på åttitallet, jeg var direktør for koordineringssenteret til SEFV og medlem av CNFV frem til opprettelsen av AEMPS i 1999, og fra den datoen til i dag har jeg vært ekstern ekspert fra denne institusjonen (for en tid medlem av dens rådgivende råd). Jeg var leder av WHO Committee on Essential Medicines i 2004. Jeg har publisert mer enn 250 originale forskningsartikler innen klinisk farmakologi, pharmacovigilance og farmakoepidemiologi, og ledet WHO Collaborating Centre on EF frem til 2017. Jeg er for tiden også ekstern ekspert for EMA, i spørsmål om legemiddelovervåking, og jeg er en del av den vitenskapelige komiteen for GIS EPI-PHARE til det franske legemiddelverket og det franske helsemyndigheten.

Jeg har ingen interessekonflikter knyttet til farmasøytisk eller medisinsk utstyrsindustri.

Jeg har blitt invitert til å kommentere "problemer og vanskeligheter som har oppstått til dags dato i vaksinasjonsprosessen, og i søknaden fra de kompetente offentlige administrasjonene av vaksinasjonsstrategien mot COVID-19 i Spania og dens påfølgende oppdateringer.

Jeg har vært i stand til å lytte til en stor del av opptredenene for denne kommisjonen, og jeg har tenkt at jeg kan kommentere tre saker:

legemiddelovervåking av vaksiner og rollen til reguleringsorganer (AEMPS i Spania og EMA i EU),

noen aspekter ved vaksinasjonskampanjen og

immaterielle rettigheter på vaksiner.

Først. Legemiddelovervåking, AEMPS og EMA

Når det gjelder legemiddelovervåking, har de som vises i denne kommisjonen som representerer AEMPS beskrevet de komplekse prosedyrene og koordineringsmekanismene som de har utviklet for å håndtere SARS-CoV-2-epidemien: møter, koordinering mellom ulike administrasjonsorganer, med andre medlemsland i EU og EMA, og med CCAA. Prosedyrer, men få resultater, bortsett fra de som er knyttet til den høye vaksinasjonsraten som er oppnådd.

Tilsvarende rapporterer Pharmacovigilance Reports of the AEMPS (den siste, den 12., publisert 26. januar 2022, mer enn 55 000 meldinger om uønskede effekter frem til 9. januar 2022. Av disse hadde 375 et dødelig utfall, og mer enn 11 000 var klassifisert som alvorlig, (jeg siterer) «forstått som enhver uønsket hendelse som krever eller forlenger sykehusinnleggelse, gir opphav til betydelig eller vedvarende funksjonshemming, eller en medfødt misdannelse, er livstruende eller dødelig, samt enhver annen tilstand som anses som klinisk signifikant» (slutt sitat).

Publiseringen av disse dataene kan sees på som en øvelse i åpenhet, men realiteten er at i mangel av detaljer er de vanskelige å tolke.

For eksempel, til tross for at barndoms- og ungdomsvaksinasjon begynte på denne dato, og at 872 bivirkninger ble sitert hos personer under 20 år, kommenterer rapporten ikke tilfellene i denne aldersgruppen, nettopp den som er større. usikkerhet om tilrådelig vaksinasjon.

Åpenhet består ikke bare av å laste opp tekniske rapporter til nettet (som også gjør det), men i å belyse, hjelpe til å rette blikket og hjelpe til med å forstå. Ellers er grunnen lagt for at mistillit og mistenksomhet kan spre seg. Hvem vet om det er på grunn av en intensjon om å skjule informasjonen i et berg av data, eller kanskje fordi det er forstått (feilaktig) at denne kommisjonen ikke er forumet for å diskutere tekniske spørsmål, denne typen data har ikke blitt presentert for ærede medlemmer, slik at kommisjonen selv ikke har hatt anledning til å spørre om bruken av dem.

Mine damer og herrer, jeg vil gjerne kommentere noen tekniske problemer som enhver borger kan forstå, som jeg tror kan være nyttige for deg. Tolv betraktninger.

De første vaksinene som er tilgjengelige mot covid-19 i Spania, og de mest brukte til dags dato, har vært Pfizers Comirnaty (54 millioner doser frem til 9. januar) og Modernas Spikevax (14 millioner doser). Disse to vaksinene er basert på en ny

teknologi. Akkurat som tradisjonelle vaksiner er svekkede bakterier eller deler av dem som stimulerer immunsystemet, introduserer messenger RNA-vaksiner en nukleinsyre som instruerer cellene til den vaksinerte personen til å lage et virusprotein (spikeproteinet), som igjen vil stimulere immunforsvaret. system. Det bør huskes at DRAE definerer en vaksine som (jeg siterer) "et preparat av antigener som, påført en organisme, provoserer en forsvarsrespons i den." Etter denne definisjonen er de såkalte Pfizer- og Moderna-vaksinene ikke ekte vaksiner. De er medisiner basert på en teknologi som aldri har vært brukt i terapi før nå, og mindre i massive kampanjer. Derfor var massevaksinering et stort globalt eksperiment, uten sidestykke i historien.

Resultatene av de første kliniske studiene (CT) på Pfizer- og Moderna-vaksinene, publisert i desember 2020, viste forebyggende effektverdier på 90 % eller mer. De virket overbevisende, og verden begynte å puste (ordspill) ved utsiktene til vaksiner, og lengte etter dem. Men vi måtte være klar over at vi gikk inn i et globalt vaksineforebyggende eksperiment, på grunn av utvidelsen og den nye teknologien det involverte.

En EC gir foreløpig informasjon, som må verifiseres i praksis (det er dette farmakoepidemiologien omhandler). For eksempel, i CT på Pfizer-BNT-vaksinen, av mer enn 43 000 deltakere, var bare fem eldre enn 85 år, og bare 4% var eldre enn 74 år. Men som vi alle vet begynte vaksinasjon hos de over 80 år; den første personen vaksinert i Spania var 96 år gammel.

EF for medisiner og vaksiner er utformet, utført og tolket av markedsføringsselskapet. Kvalitetskontrollen av dataene som samles inn utføres også av arrangøren, og kontrollen av datahåndteringen fra offentlige forvaltninger er basert på tilsyn, som er sporadiske. BMJ beskrev nylig uregelmessigheter i Pfizer-rettssaken, kjent som PfizerGate. LINK Svindel er vanlig, ofte i katalogisering og arkivering av uønskede hendelser. Det begås også svindel i EF på vaksiner.

Jeg er autorisert til å fortelle deg et eksempel. RxISK-teamet beskriver seg selv som en gruppe "med medisinske eksperter på høyt nivå med internasjonalt rykte innen tidlig oppdagelse av uønskede legemiddeleffekter og reduksjon av deres risiko, legemiddelovervåking og pasientbehandling." Det ble etablert i 2012 og ledet av professor David Healy ved McMaster University i Canada. I samarbeid med RxISK, heter det, har vi så langt intervjuet og gjennomgått journalene til tre deltakere i kliniske forsøk (en i Pfizer Adult, en i Pfizer Pediatrics og en i AZ Adult), som har opplevd alvorlige og invalidiserende bivirkninger. , og har bokstavelig talt blitt "forsvunnet" fra rapportene fra disse rettssakene. Jeg kan si at det ikke er sant at alvorlige uønskede hendelser ikke ble registrert ved CT-er; tvert imot begynte vi å innse at noen problemer ble feid under teppet. Disse sakene vil bli offentliggjort i løpet av få uker på RxISK-nettstedet.

Kun svært generelle data tilbys i CT-publikasjonene, og i gruppert form. I tillegg til svindel er partisk presentasjon av CI-resultater også vanlig.

Bias som består for eksempel i å uttrykke effektivitet i relative termer, og ikke absolutt. For eksempel, i Pfizer-studien, var det 162 tilfeller av covid-19 i placebogruppen, sammenlignet med 8 i den vaksinerte gruppen, en forskjell på 95 % i relative termer. Realiteten var imidlertid at forekomsten av positiv PCR (ikke en gang klinisk sykdom) hadde vært mindre enn 1 % i placebogruppen, sammenlignet med 0,04 % i den vaksinerte gruppen, en forskjell på mindre enn 0,9 % i absolutte termer. LINK

Eller består av å skjule visse resultater i den publiserte artikkelen. For eksempel, i CT-er med Pfizer-vaksinen, ble det registrert 14 dødsfall i placebogruppen og 15 i den vaksinerte gruppen. LINK I Moderna ble det registrert like mange dødsfall (14) i hver gruppe. LINK (Nei damer, EC har ikke vist at vaksiner redder liv). Antall dødsfall registrert i hver gruppe ble ikke engang nevnt i to artikler publisert i NEJM, og kunne bare bli funnet etter å ha gjennomgått dusinvis av sider med tilleggs materiale (LINK for Pfizer BNT-prøven, LINK for Pfizer BNT-prøven). Moderne).

Jeg har ikke tid til å kjede deg ved å gå inn på andre detaljer. Men jeg forsikrer deg om at resultatene av CT-en som fremmes av farmasøytiske selskaper bør betraktes mer som indikasjoner, og på ingen måte som "bevis". Ifølge DRAE er det «åpenbart» hva som er «sant, klart, åpenbart og uten den minste tvil». Trist ironi, at eksperter og ledere av helseinstitusjoner fortsetter å insistere på bevis i møte med en ny og derfor lite kjent sykdom, uforutsigbar i sin epidemiske utvikling og i konsekvensene den vil etterlate. De såkalte bevisene på vaksiner hadde ingenting sikkert, ingenting klart, og ja, mange patenter.

Uansett må resultatene som oppnås i enhver CE gjennomgås i detalj av eksperter på området, noe som utvilsomt krever tid, men også åpenhet.

Pfizer, for eksempel, kunngjorde at de ville offentliggjøre de fullstendige resultatene av sin viktigste EC om vaksinen i 2025. Vel, det ser ut til at selv denne datoen ikke var sikker. I januar i fjor, på forespørsel fra flere sivile organisasjoner for åpenhet, tvang en amerikansk føderal dommer FDA og Pfizer til å offentliggjøre disse resultatene innen en periode på måneder, i stedet for de 75 årene selskapet hadde til hensikt og som var blitt enig med FDA.

Videre må resultatene av CT-ene bekreftes av praksis, og dette krever svært nøye epidemiologisk overvåking av det globale covid-19-vaksinasjonsekperimentet. Derav behovet for legemiddelovervåking.

Til tross for de tilsynelatende optimistiske resultatene fra ECs på covid-19-vaksiner, var det fra januar 2021 minst fem områder med usikkerhet:

Varighet. 20-30 % reduksjon i relativ effekt på 6 måneder. I stedet for å legge merke til denne utilstrekkelige vaksinen, ønsket produsentene denne nyheten velkommen med økninger i aksjekursen: hvis produktet er ineffektivt, må doser gjentas, om mulig gjennom hele livet, drømmen om enhver selger medisiner for kolesterol eller osteoporose eller hårvekst. Realiteten er at vi trenger bedre vaksiner når det gjelder beskyttende effekt.

Effektiviteten til vaksinen mot Delta-stammen var lavere enn deres effektivitet mot Alpha-stammen. Nyere erfaring har vist at vaksiner ikke har virket mot Omicron-stammen.

For eksempel viser de offisielle dataene reprodusert av prof. Luis Carlos Silva angående Catalonia at mellom 23.12. og 01.12.22 ble det registrert 37 200 diagnoser av covid-19 ved PCR hos vaksinerte personer, og 30 350 hos ikke-vaksinerte personer. vaksinert.

Hindrer de overføring eller smitte? Det er klart at vaksiner ikke hindrer overføring av sykdommen, så COVID-passet eller sertifikatet manglet et vitenskapelig grunnlag, og kan også ha bidratt til en økning i antall tilfeller, siden det ga en falsk trygghet til de som fikk det..

Bivirkninger. For eksempel:

Beklagelig respons fra EMA. Signal i slutten av januar. PRAC møtes i begynnelsen av mars. Pressekonferanse 31. mars: de ansvarlige for legemiddelovervåking uttalte at de ikke engang hadde vaksinasjonstall etter alder og kjønn i medlemslandene. LINK I tillegg ble det insistert på lav forekomst, uten å skille mellom reell og rapportert forekomst. LINK Underrapportering: I Catalonia, fra 1/1 til 18/4 2021: 53 varslet LINK, sammenlignet med 540 i helsedatabaser LINK. Ikke mer med AZ enn med Pfizer eller Moderna.

Myokarditt og perikarditt. Som med trombose har estimatene for forekomsten økt. Hjerteproblemer hos vaksinerte idrettsutøvere, fotballspillere og tilskuere. LINK

Tilgang på global skala. Tredjepart.

På den annen side har overvåking av vaksinesikkerhet avdekket manglene ved legemiddelovervåking i EU. EMA har reagert sent og på en pachydermal og utilstrekkelig måte på tegn på uønskede effekter som har dukket opp, og dets nøling har ikke hjulpet myndighetene i medlemslandene med å veilede vaksinasjonskampanjen i henhold til de oppnådde resultatene. Prosedyrer og byråkrati har seiret over vitenskap, sunn fornuft og oppmerksomhet på usikkerheten som ligger i det globale eksperimentet som er utført.

Det er ikke (bare) en hendelse eller en tjenestemanns udugelighet. EMA, finansiert av mer enn 80 % med avgifter levert av farmasøytiske selskaper, er utformet for å godkjenne markedsføring av medisiner og vaksiner, men ikke for å samhandle med helsesystemene i medlemslandene.

Pandemien har gjort det klart at europeisk lovgivning om legemiddelovervåking, basert på frivillig varsling og risikohåndteringsplaner utviklet av produksjonsselskapene selv, er mer utformet for å beskytte sistnevnte enn å beskytte innbyggerne.

I denne sammenhengen vil jeg også kommentere den sparsomme bruken som er gjort av helsedatabaser i Spania for å overvåke vaksinasjon og dens gunstige og uønskede effekter i sammenheng med epidemien. Det er sannsynligvis ikke bare en bortkastet og tapt mulighet, men snarere en refleksjon av det nasjonale helsesystemets manglende vilje til å være en sann produsent av kunnskap, og ikke bare en passiv mottaker av meldinger med klare kommersielle intensjoner, en uvitende kjøper av teknologi, som ofte betaler røyk til gullprisen. Pandemien har også avslørt eksistensen av et enormt marked for utnyttelse av helsedatabaser for epidemiologiske studier, kanalisert av EMA på en udemokratisk, til og med kolonialistisk måte, i samarbeid med "avhengige" universitetssentre.

Sekund. vaksinasjonskampanje

Bosteder. Epidemien rammet spesielt eldreheim, spesielt i begynnelsen. Dødeligheten var 57 ganger høyere i boliger. Vi skyter av et helsesystem, men vi overlater de mest sårbare i hendene på privat initiativ. Hva er risikofaktorene for å dø på sykehjem? Utvilsomt alder og flere patologier, men også dårlig omsorg og unødvendig polyfarmasi.

Et bredt utvalg av legemidler, som allerede var i utstrakt bruk før epidemien, øker risikoen for lungebetennelse og dødelighet av lungebetennelse, slik at man i begynnelsen av epidemien forventet at de også ville øke dødeligheten av Covid-19.

For eksempel har det vært kjent i årevis at nevroleptiske (antipsykotiske) legemidler dobler eller til og med firedobler risikoen for lungebetennelse. I Catalonia bruker

rundt 100 000 mennesker over 70 år dem kontinuerlig, i de fleste tilfeller på uautoriserte indikasjoner. Ved begynnelsen av pandemien brukte 22 000 av de 64 000 menneskene som bodde på sykehjem nevroleptika.

Mange andre medikamenter som virker dempende på sentralnervesystemet øker også risikoen for lungebetennelse betydelig: opioidanalgetika som tramadol eller fentanyl, hypnotika, beroligende midler (også kalt angstdempende midler som lorazepam, Orfidal), antidepressiva som Prozac, medisiner med en antikolinerg effekt, gabapentin og pregabalin (Lyrica). Protonpumpehemmere (omeprazol og lignende) øker også markant risikoen for lungebetennelse.

75 prosent av de over 70 år bruker minst ett av disse stoffene.

8. april 2020 sendte jeg en rapport om denne saken til AEMPS (oppdatert versjon). Svaret var mer eller mindre "Takk, men hva kan vi gjøre?" Det samme byrået som har den juridiske funksjonen å definere indikasjonene for hvert medikament som markedsføres, er ikke i stand til å håndheve reglene. Jeg gjentar det jeg sa før da jeg snakket om VF: prosedyrer, mange prosedyrer, men uten oppmerksomhet på resultatene og i frakobling fra helsesystemet.

De siste månedene har det blitt publisert en rekke studier som bekrefter prognosene jeg gjorde i begynnelsen av pandemien. Spesielt konkluderte en studie av hele Skottlands befolkning, der litt over 4000 tilfeller av alvorlig Covid-19 (innleggelse på intensivavdelingen eller død) med 36 738 av mild Covid-19, at 38 % av alvorlige (ICU-innleggelser)) eller dødelige tilfeller av Covid-19 frem til juni 2020 kan tilskrives eksponering for disse stoffene. [LINK](#)

Det som er mest bekymringsfullt med dette problemet er at en rekke studier gjentatte ganger har vist at minst 40 % av personer som er eksponert for disse stoffene får dem uten noen klinisk begrunnelse. For noen medisiner kan uberettiget forbruk være i størrelsesorden 80 %.

Syk eller dø på grunn av å ta et unødvendig stoff er en grusom ironi.

Helsesystemet har et åpenbart ansvar i denne saken. Dette parlamentet vedtok for noen år siden fritak for naturalytelser mottatt for «opplæring» av helsepersonell. Dette er inntekter som kommer fra farmasøytisk industri, som er den viktigste direkte eller indirekte leverandøren av etterutdanning i Spania. Jeg lurer på, mine damer og herrer, hvilket konvensjonelt selskap ville akseptert som normalt at dets arbeidere mottar gaver og penger fra hovedleverandøren av råvarer?

Ulike studier og komparative analyser har vist at Spania er det mest ettergivende EU-medlemmet når det gjelder interessekonflikter og ugjennomsiktige forhold mellom helsepersonell og farmasøytiske selskaper. [LINK](#) Det samme gjelder medisinske foreninger og deres eksperter.

I denne forstand ble jeg overrasket over at ingen av de tilsynelatende representantene for profesjonelle selskaper gjorde den minste hentydning til interessekonfliktene til de fleste spanske medisinske foreninger, medlemmene av deres styrer og deres arbeidsgrupper. Og det fanget min oppmerksomhet at du ikke spurte om IC-ene.

Vaksinasjonsstrategier. Det forfalskede uttrykket gunstig nytte/risiko-forhold har ingen spesifikk betydning, dersom befolkningsgruppene som et medikament eller vaksine er foreslått for ikke er definert. Epidemien rammer ikke alle aldersgrupper på samme måte, og vaksinen har ikke de samme bivirkninger i alle aldre. Følgelig

varierer størrelsen på den gunstige effekten og også risikoen med alderen. Det er konsensus om den beskyttende effekten på fellesskapet av 1. og 2. dose, men ikke på 3. og 4. dose. Mangel på studier, må undersøke resultatene i sanntid for å løse de viktigste usikkerhetsmomentene.

Jeg vil ikke kommentere mål for retorisk effektivitet, som bruk av masker utendørs eller Covid-passet). Det gjør heller ikke erstatningene for EI.

Jeg sendte inn hit, det var ikke tid til mer. Den hadde også denne korte teksten om patenter og åndsverk.

Tredje. Immaterielle rettigheter

Som Hawksbee, folkehelseprofessor Martin McKee og økonomiprofessor Lawrence King sier i en artikkel nylig publisert i BMJ, er de fleste eksperter enige om at så mange mennesker som mulig bør kunne vaksineres så raskt som mulig. Mange debatter har fokusert på immaterielle rettigheter: bør selskapene som utviklet vaksiner mot covid-19 tvinges til å gjøre kunnskapen sin tilgjengelig slik at andre kan produsere disse vaksinene? Eller truer et fritak fra immaterielle rettigheter eller andre reformer av dagens immaterielle system fremtidig innovasjon?

Debatten fikk enorme proporsjoner da president Biden erklærte sin støtte til et midlertidig unntak fra immaterielle rettigheter på covid-19-vaksiner. Dette forslaget er godkjent av det amerikanske senatet, og WHO, Leger Uten Grenser og til og med paven har holdt seg til det. Til tross for dette, måneder senere, fortsetter noen europeiske land å hardnakket motsette seg et slikt unntak innenfor WTO. Mer enn et dusin menneskerettighetsorganisasjoner, inkludert Amnesty International, og pasienter har henvendt seg til regjeringene i Canada, Storbritannia, Tyskland og Norge for å advare dem om at de vil ta rettslige skritt mot dem hvis de hindrer vedtakelsen av forslaget om unntak. .

I mellomtiden ser det ut til at COVAX-mekanismen er designet for å bevare gjeldende markedsmekanismer og maktdynamikk.

Argumentene mot å reformere åndsverkssystemet er at det er nødvendig å oppveie den økonomiske risikoen et selskap pådrar seg når det investerer i forskning og utvikling som er nødvendig for å utvikle nye produkter. Når det gjelder covid-19-vaksiner, kan omfanget av denne risikoen diskuteres, fordi regjeringer ga en betydelig del av FoU-finansieringen og kjøpte store mengder vaksiner på forhånd. For eksempel, fortjener disse regjeringene en avkastning på investeringene sine i form av lavere priser eller større tilgang til vaksiner for de fattige rundt om i verden for å øke den globale immuniteten? Eller utgjør fritak fra immaterielle rettigheter en form for statlig tyveri som kan sette fremtidig forskning som er avgjørende for folkehelsen i fare?

Som forventet fremholder farmasøytisk industri at unntaket vil redusere fordelene som oppmuntrer til utvikling av nye legemidler. Fremveksten av nye varianter demonstrerer imidlertid risikoen ved status quo: maksimering av vaksinasjon er ikke bare en moralsk nødvendighet, men også et potensielt bolverk mot utviklingen av nye varianter som kan være mer smittsomme, mer virulente eller lettere kunne unnslippe. til immunresponsen.

Fritaket vil dessuten ikke true fremtidig legemiddelutvikling, hovedsakelig fordi forholdet mellom fordeler og innovasjon er svakt.

Bransjens argumenter ville være sterke hvis det var bevis for at de ikke ville være i stand til å tiltrekke investorer til å finansiere FoU. Men dette ser ikke ut til å være tilfelle. I følge Fortune 500-data var farmasøytisk industris nettofortjeneste frem til 1999 mer enn det dobbelte av gjennomsnittet for andre sektorer (bank, energi, bygg, mat, bil, militær, etc.). Fra og med 2000 ble forskjellen tredoblet. Avkastningen på investert kapital er den høyeste av alle sektorer. Netto fortjeneste er per definisjon allerede diskontert med FoU-kostnader.

Høy fortjeneste kan rettferdiggjøres med at farmasøytiske selskaper produserer de innovasjonene som er mest nødvendig for å forbedre og beskytte folkehelsen. Men tanken om at industrien konsentrerer seg om de mest nødvendige medikamentene er langt fra virkeligheten. På den ene siden er bare 2-3 % av nye legemidler gjennombrudd, og 9-11 % gir bare noen beskjedne fordeler i forhold til tidligere tilgjengelige produkter; resten gir ikke kliniske fremskritt. På den annen side er det store forskningsbehov neglisjert av industrien, som malaria, multiresistent tuberkulose og antibiotikaresistens.

Samtidig har industriens rolle i den raske utviklingen av vaksiner vært avgjørende.

Men ideen om at samfunnet bare kan høste fordelene av medisinsk innovasjon hvis immaterielle monopoler produserer astronomisk profitt for industrien, er ikke lenger holdbar. Rekordoverskudd har ikke utløst forskning på antibiotikaresistens eller neglisjerte sykdommer, og har aldri garantert tilgang til essensielle medisiner for verdens fattige. Det er heller ingen grunn til å tro at profittjaging vil skape de rette insentiver for å ivareta global helse i fremtiden. Tvert imot er det nødvendig å reformere insentivstrukturen som ligger til grunn for forskning og utvikling av nye legemidler, med et større lederskap fra offentlig sektor, der belønningen skal være uavhengig av størrelsen på originalmarkedet.

Hvis noen av dine æresbevisninger er interessert i å konsultere kildene til informasjonen gitt i dette utseendet, ikke nøl med å kontakte meg, jeg har dem til din disposisjon.